

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

143

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre ABOULKER

Né à Alger le 1^{er} Novembre 1906

LES ADÉNITES AIGUES APPENDICULAIRES

ET

L'ADÉNOLYMPHITE MÉSENTÉRIQUE AIGUE

Président : M. DUVAL, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre ABOULKER

Né à Alger le 1^{er} Novembre 1906

LES ADÉNITES AIGUES APPENDICULAIRES

ET

L'ADÉNOLYMPHITE MÉSENTÉRIQUE AIGUE

Président : M. DUVAL, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR.....		SCHWARTZ.....	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY- RADOT.....			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR ROBERT PROUST

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

*En témoignage de mon respectueux
attachement et de ma profonde reconnais-
sance pour tout ce qu'il m'a appris et
tout ce que je lui dois.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX D'ALGER

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR DUVAL.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. MOREAU.

M. LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE.

M. LE DOCTEUR R. GOUVERNEUR.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MOURE.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. MONDOR.

M. LE PROFESSEUR R. PROUST.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BROCC.

Hommage de profonde et reconnaissante admiration.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

M. LE PROFESSEUR ROUVIÈRE

M. LE PROFESSEUR BINET

M. LE PROFESSEUR HOVELACQUE

A M. LE DIRECTEUR DE L'AMPHITHÉÂTRE
D'ANATOMIE DES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR ROBINEAU

A M. LE LIEUTENANT-COLONEL J. MAISONNET

Professeur à l'École d'application du Val de Grâce

Hommage de mon profond respect.

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS GATELLIER

Chirurgien des Hôpitaux

LACOMME, PORTES

Accoucheurs des Hôpitaux

A MM. AMELINE, BANZET, BRAINE,

FUNCK-BRENTANO, GUEULLETTE,

HUET, MÈNÉGAUX, REDON, WELTI

Chirurgiens des Hôpitaux

A MM. CAROLI, GARCIN, LAYANI, JULIEN MARIE

Médecins des Hôpitaux

A M. PORCHER

Radiologiste des Hôpitaux

A. M. LES DOCTEURS HARTGLAS ET REINHOLD

Qui m'ont communiqué leurs observations inédites. Hommages de vive reconnaissance.

Le point de départ de cette thèse est l'observation d'une malade que nous avons suivie dans le service de notre Maître le professeur Pierre DUVAL, malade atteinte d'une sténose duodénale passagère due à une adénite aiguë mésentérique post-appendiculaire. On peut s'étonner que les adénites aiguës, tellement étudiées au niveau des membres et du cou, ne soient jamais prises en considération dans la pathologie de l'abdomen, comme si les ganglions mésentériques ne participaient pas à l'inflammation de leur territoire d'origine. Nous avons recherché, tant dans les articles publiés qu'auprès de nos Maîtres et de nos collègues, si les faits répondaient à cette vue théorique et c'est l'exposé de ces travaux et des observations que nous avons pu colliger, que nous présentons dans cette thèse.

Ce travail est divisé en deux parties :

Dans la première, nous étudierons les adénites mésentériques aiguës au cours de l'appendicite aiguë et nous montrerons que, si la réaction lympho-ganglionnaire est constante, macroscopiquement et microscopiquement, elle peut parfois constituer une complication grave au cours de la crise, ou même survivre à l'ablation de l'appendice et entraîner de graves désordres après appendicectomie.

Dans la deuxième partie de ce mémoire, nous étudierons la « lymphangite mésentérique », ou mieux l'adénolymphite mésentérique aiguë, et nous conclurons que la réaction ganglionnaire segmentaire du mésentère est secondaire à l'inflammation du territoire d'origine des lymphatiques, et qu'elle constitue non une affection autonome mais un syndrome lié à l'infection de l'intestin, appendicite d'abord sans doute, mais aussi entérite de la fin du grêle, iléite et typhlite.

PREMIÈRE PARTIE

LES ADÉNOPATHIES MÉSENTÉRIQUES
APPENDICULAIRES

ANATOMIE DES LYMPHATIQUES DE L'APPENDICE ILÉO-CÆCAL

Le système lymphatique de l'appendice est connu depuis longtemps et c'est en 1897 que SAHLI, pour caractériser sa richesse en follicules clos, appela l'organe une amygdale abdominale, dénomination à laquelle PILLIET et COSTES préféraient le nom de plaque de Peyer évaginée.

Les follicules lymphatiques sont situés dans la sous-muqueuse de l'appendice, tissu conjonctivo-vasculaire, lâche, plus ou moins riche en pelotons adipeux, qui comprend deux zones : une interne ou folliculaire, une externe, pré-musculaire. D'après M. LETULLE, qui dans de nombreux travaux, rassemblés dans son *Traité d'Anatomie Pathologique*, a longuement étudié l'histologie normale et pathologique de l'appendice, les follicules demeurent au-dessous de la muqueuse, dont ils affleurent le chorion, grâce à une interruption de la muscularis mucosae ; toutefois, on peut trouver des follicules dont le sommet fait partie de la zone profonde du chorion. Ils sont plus ou moins distants les uns des autres, et leur nombre varie en moyenne de un à quatre sur une coupe transversale de l'organe.

Les vaisseaux lymphatiques sont extrêmement nombreux. On voit dans la partie profonde du chorion de larges vaisseaux qui côtoient les culs-de-sac glandulaires, puis perforent la muscularis mucosae. Les uns s'enfoncent droit dans la sous-muqueuse, les autres représentent les vaisseaux efférents des follicules lymphatiques. Les gros sinus sous-folliculaires, unis entre eux par des anastomoses transversales,

sont accolés aux vaisseaux sanguins et aux nerfs. Ils s'enfoncent pour la plupart à peu près perpendiculairement dans les couches musculuses.

A la surface de la musculuse interne, les troncs lymphatiques cheminent, parallèles aux faisceaux contractiles, largement anastomosés entre eux. Entre la musculuse interne et la musculuse externe, dans la lame conjonctivo-vasculaire se trouve une quantité considérable de gros troncs lymphatiques. Par les espaces intermusculaires, ils traversent la musculuse externe pour aborder la sous-séreuse.

La sous-séreuse, en particulier le long de l'insertion du méso, est remplie de lymphatiques dont le diamètre chez l'adulte peut atteindre deux dixièmes de millimètres et qui peuvent former par endroits de véritables lacs ou des réseaux sinueux. Les vaisseaux lymphatiques émergent nombreux du réseau sous-séreux. On en compte en moyenne une dizaine dont on a beaucoup étudié les ganglions collecteurs. Peu de chapitres de l'anatomie des lymphatiques ont été aussi travaillés, aussi les descriptions sont nombreuses et contradictoires. Sous la direction de notre Maître, le P^r ROUVIÈRE, nous avons, tant dans son laboratoire qu'à l'Amphithéâtre des hôpitaux, injecté une quinzaine de sujets, ce qui nous a fait constater que tout avait été vu.

Les lymphatiques de l'appendice peuvent traverser les ganglions que contient parfois le méso-appendice. Mais la plupart des collecteurs appendiculaires se rendent directement aux ganglions de la chaîne iléo-colique ou dans les ganglions qui sont à l'origine de la chaîne cœcale postérieure (ROUVIÈRE).

Les ganglions appendiculaires ont été les premiers décrits. En 1892, CLADO décrit comme aboutissant des vaisseaux blancs de l'appendice un ganglion unique et constant, le ganglion appendiculaire, situé au niveau de la base du méso-appendice, dans l'angle qui sépare l'appendice iléo-cæcal et le cæcum de l'intestin grêle entre les deux lames du repli appendiculaire. Dans quelques cas, ce ganglion se déplace

jusqu'à empiéter sur la portion terminale du mésentère ; c'est alors le dernier ganglion mésentérique qui fait partiellement saillie entre les deux feuillets du méso-appendice.

L'année suivante, LAFFORGUE montra que ce ganglion appendiculaire n'était ni unique, ni constant. Dans les trois quarts des cas, il n'y a pas de ganglion dans le méso-appendice, tous les vaisseaux lymphatiques de l'appendice abordent directement les ganglions mésentériques. Dans un quart des cas seulement, on trouve de un à quatre ganglions appendiculaires. C'est cette description qu'ont reprise les recherches de TIXIER et VIANNAY. Pour ces auteurs, on rencontre des ganglions appendiculaires, dans 56 % des cas.

Les ganglions se groupent plus volontiers au niveau de la base de l'appendice. Le point où on les trouve le plus souvent siège au niveau de la base du méso-appendice, sous la fin de l'iléon, plutôt loin que près du cæcum, à l'endroit où le méso-appendice se confond avec la fin du mésentère. TIXIER et VIANNAY ont trouvé là dans 36 % des cas un ou plusieurs ganglions quelquefois six. Dans 12 % des cas, comme LAFFORGUE, ils ont trouvé des ganglions disséminés dans le méso-appendice. De un à huit, ils n'avaient aucun siège fixe, en général ils étaient situés au contact de l'appendice, le long de son tube.

Dans 14 % des cas, TIXIER et VIANNAY ont rencontré un groupement ganglionnaire spécial qui leur paraît avoir une certaine importance. Ce groupe qu'ils appellent cæco-appendiculaire, est situé dans l'épaisseur du méso-appendice, tout contre la racine de l'appendice, dans l'angle aigu ou obtus, selon les cas, que fait cet organe avec le bord interne du cæcum. Les ganglions de ce groupe se continuent avec la chaîne des ganglions de la face postéro-interne du cæcum.

POIRIER et CUNÉO donnent une description comparable des ganglions appendiculaires qu'ils divisent en trois groupes ; rétro-iléaux, sous-iléaux, et juxta-cæcaux.

On peut conclure de ces différentes descriptions qu'il peut y avoir dans le méso-appendice un ou plusieurs gan-

glions lymphatiques dont le nombre est peut-être proportionné aux dimensions de l'organe. Quant aux tentatives de classification et de groupement topographique, l'extrême variabilité dans le mode de distribution de ces ganglions les rend vaines (ROUVIÈRE).

La lymphe appendiculaire va gagner les ganglions iléo-cæcaux, soit en traversant les ganglions du méso, soit directement.

Les ganglions iléo-cæcaux forment un amas de forme généralement triangulaire, dont le sommet déjeté à gauche est plus ou moins effilé. Ils répondent à l'extrémité inférieure du mésentère, étant placés au-dessus de celle-ci, dans le mésocôlon primitif, au-devant de la zone accolée au péritoine postérieur. BARTELS, renonçant à toute classification, les décrivait en bloc. En réalité, on peut les considérer comme satellites des branches terminales de l'artère iléo-colique, les artères iléale, cæcale antérieure et cæcale postérieure, colique et appendiculaire. Ils sont continus avec les ganglions iléo-coliques situés le long de l'artère iléo-colique, ganglions qui, eux-mêmes, sont prolongés en haut par les ganglions mésentériques supérieurs.

Les lymphatiques de l'appendice atteignent les ganglions situés à l'origine de la chaîne cæcale postérieure ou ganglions inférieurs de la chaîne iléo-colique. On en voit même qui gagnent sans arrêt les ganglions situés à l'extrémité supérieure de cette chaîne située sur le bord inférieur ou sur la face antérieure de la 3^e portion du duodénum (BERCEANU, ROUVIÈRE).

TIXIER et VIANNAY, arguant du fait que l'appendice, organe d'insertion double, était cæcal par sa base et iléal par son méso, décrivirent, outre le courant dirigé vers les ganglions mésentériques, un autre courant dirigé vers le cæcum et les ganglions méso-coliques. Il est certain que les lymphatiques de l'appendice ne sont pas indépendants de ceux du cæcum. Comme l'ont montré POLYA et NAVRATIL

d'abord, JAMIESON et DOBSON ensuite, quelques lymphatiques nés de la base de l'appendice passent en effet sur les faces antérieure et postérieure du cæcum : on voit, quand on pique son aiguille près de la base de l'appendice, de fins vaisseaux s'injecter sous la séreuse, remonter en serpentant sur la face antérieure du cæcum et s'arrêter un instant, d'une façon à peu près constante, dans les ganglions cæcaux antérieurs situés dans une fange adipeuse qui recouvre la première incisure interne du cæcum, en dehors du repli iléo-cæcal antérieur. En soulevant le cæcum, et en le décollant, on voit de même les lymphatiques gagner les ganglions cæcaux postérieurs. Souvent les vaisseaux lymphatiques gagnent directement la chaîne iléo-colique. Enfin, notre Maître le professeur ROUVIÈRE, a pu voir un lymphatique du cæcum passer dans le méso-appendice et gagner ensuite un ganglion appendiculaire. Ce fait est très important en pratique, car les constatations opératoires d'une adénite dans le méso-appendice n'est pas toujours la preuve d'une infection appendiculaire.

A côté de ces communications normales, les anatomistes ont décrit d'autres connexions des plus variées.

La plus connue est la plus ancienne. CLADO, et après lui COHN, ont décrit des relations entre les lymphatiques de l'appendice et les lymphatiques utéro-ovariens, par le ligament appendiculo-ovarien. Puis TIXIER et VIANNAY ont même découvert un ganglion dans l'épaisseur même du ligament de CLADO. « Le ganglion, disent-ils, est vraisemblablement un relai placé sur le trajet des lymphatiques de l'appendice, qui entrent aussi en communication avec les lymphatiques de l'utérus et de la trompe. » LOCKWOOD décrit, lui aussi, ces connexions qu'il prolonge dans le ligament large du côté droit et les ganglions de la paroi latérale droite du bassin, avoisinant l'artère iliaque interne. POIRIER et CUNÉO, en 1902, déclarent : « Nous n'avons jamais constaté l'existence de l'anastomose décrite par CLADO et nous

rejetons formellement son existence. » Notre Maître, le professeur ROUVIÈRE, n'a jamais observé non plus cette communication, non plus, dit-il, que POLYA et NAVRATIL, JAMIESON et DOBSON, BARTELS, BERCEANU, FRANKE, DESCOMPS et TURNESCO, M. et M^{me} PELLÉ. LOCKWOOD pensait que la voie mésocolique était la voie principale de déversement des lymphatiques appendiculaires. Il fondait son opinion sur de nombreuses appendicectomies. « J'ai si souvent trouvé une chaîne de ganglions lymphatiques enflammés le long du bord interne du côlon, derrière le mésocôlon ascendant, que je suis arrivé à cette conclusion que c'est là la principale voie suivie par les lymphatiques de l'appendice. D'autres sans doute se jettent dans les ganglions mésentériques. » Il semble que LOCKWOOD se trompe, surtout quand il paraît n'admettre qu'avec des réserves la voie mésentérique. Mais si on n'a pas retrouvé par l'injection cadavérique de connexions avec les ganglions mésocoliques, il faut néanmoins reconnaître que les constatations de LOCKWOOD sur l'homme vivant ne sont pas à rejeter à priori, nous verrons que les expériences de BRAITHWAITE confirment partiellement l'opinion de LOCKWOOD.

Les injections cadavériques représentent sans doute le moyen le plus commun pour étudier la voie lymphatique. Mais comme dans toute technique, il y a des erreurs dues au caractère artificiel même des moyens employés. Comme le dit M. ROUVIÈRE, si l'on en croit M^{me} TROITSKY, les lymphatiques de l'appendice présenteraient des connexions encore plus surprenantes : « Si, dit-elle, l'on hausse artificiellement la pression dans les tissus et dans le système vasculaire du cadavre, en versant dans les artères une grande quantité de solution d'acide nitrique, on parvient ainsi à faire des injections dans les vaisseaux lymphatiques qui vont de l'appendice vers la trompe droite par la piqûre dans les tissus de glandes iléocæcales... Par des injections faites dans les lymphatiques d'un appendice en état d'inflammation très prononcée, on observe, dit cet auteur, des

ganglions qui montent vers les glandes péri-rénales. En outre, on voit se remplir parfois une grande quantité de vaisseaux lymphatiques se dirigeant des glandes iléo-cæcales vers le petit bassin, la trompe et l'ovaire... ».

BRAITHWAITE a étudié le système lymphatique sur le vivant. Au cours d'expériences sur l'animal, il constata que l'injection d'une substance colorée non toxique dans les parois du tube digestif avait une diffusion au moins double sur le vivant que sur le cadavre, toutes autres conditions de pression étant égales.

Cette constatation l'incita à étudier le système lymphatique de l'appendice chez l'homme vivant, au cours de longues interventions abdominales. BRAITHWAITE se sert d'une solution d'indigo carmin au soixantième, produit dont on connaît la parfaite innocuité et le puissant caractère colorant. Il l'injecte à l'aide d'une fine aiguille dans les tuniques intestinales sous la pression contrôlée et constante de 6 à 8 millimètres de mercure.

Ces recherches confirmèrent ce qu'on savait déjà sur le cours de la lymphe depuis l'angle iléo-cæcal. BRAITHWAITE ne rencontra jamais aucune communication avec les lymphatiques du pelvis, mais il a mis en évidence quelques vaisseaux qui passent dans l'espace sous-péritonéal de la fosse iliaque droite. A plusieurs reprises, une injection faite dans l'appendice envoie la lymphe en amont vers l'iléon et à un niveau plus élevé encore en aval vers le côlon ascendant, ce qui confirme d'une part les remarques de LOCKWOOD et d'autre part explique la tuméfaction des ganglions iléo-cæaux au cours d'infection iléale ou colique.

Enfin, ces recherches *in vivo* ont confirmé la communication directe des lymphatiques appendiculaires avec les ganglions du tronc de la mésentérique supérieure, au point où elle croise la troisième partie du duodénum. Après avoir atteint le niveau de la troisième portion du duodénum, les lymphatiques passent vers les ganglions aortiques, mais quelques vaisseaux passent au-dessus de la tête du pancréas

pour atteindre le groupe des ganglions sous-pyloriques. Quelques-uns passent indubitablement, d'après BRATHWAITE, à travers ce groupe vers la paroi duodénale elle-même et vers le pylore, occasionnellement plus haut. Dans deux cas, l'injection a été encore plus haut, atteignant la chaîne ganglionnaire le long du canal cholédoque, et même atteignant les ganglions cystiques.

L'ATTEINTE DU SYSTÈME LYMPHATIQUE DANS LES APPENDICITES AIGUES

Depuis les travaux de LETULLE et WEINBERG, on est fixé sur l'importance de l'atteinte lymphangitique de l'appendice au cours des appendicites aiguës. Leurs recherches, que nous citerons souvent, ont mis en évidence qu'une règle absolue préside au développement de l'appendicite aiguë, la moins grave en apparence : la participation énergique et patente du système lymphatique de l'organe tout entier aux moindres infections. En vertu de la disposition structurale de ses voies anatomiques, la lymphe contaminée propage, dès les premiers moments, les sources du mal jusque dans l'épaisseur des couches de l'organe et les dissémine au loin du centre vers la périphérie. La plus minime appendicite aiguë est donc, par le fait même de la texture de l'appendice, inévitablement compliquée d'une adénolymphangite pariétale, diffuse et centrifuge.

Cette conception les a amenés à critiquer la formule classique : « toute appendicite aiguë est folliculaire. » Le follicule n'est pas seul pris dans les appendicites aiguës : tout le système lymphatique, sinus et canaux du chorion, de la sous-muqueuse, des couches musculeuses, du péritoine et du méso, participent de même à l'inflammation, jusqu'à des distances parfois indéfinies. Les follicules peuvent d'ailleurs faire défaut, par suite de poussées ulcératives anciennes plus ou moins bien cicatrisées, et l'appendicite la plus aiguë se développera, néanmoins, au milieu d'une sclérose atrophique ou hypertrophique de la sous-muqueuse et produira les mêmes destructions locales, les mêmes poussées lymphangitiques à distance.

Si on se reporte aux comptes rendus anatomo-pathologiques détaillés des coupes d'appendicite aiguë, on note : « la sous-muqueuse... parcourue par des vaisseaux lymphatiques larges et béants, pleins de globules blancs polynucléaires » ; ou bien encore « dilatation des vaisseaux lymphatiques avec tuméfaction », et pour le plus grand nombre, « prolifération des cellules endothéliales », ou « dans l'épaisseur de la couche musculaire interne, on retrouve de larges vaisseaux lymphatiques distendus ». LETULLE et WEINBERG concluent leur étude par cette affirmation : « S'il fallait donc formuler les notions basées sur une étude anatomo-pathologique plus complète, on énoncerait ceci : toute appendicite aiguë s'accompagne d'adénolymphite, généralisée à la totalité des parois de l'organe, y compris le méso-appendice et le péritoine adjacent. »

L'étude des altérations du méso-appendice, de la mésentériolite des auteurs allemands, a fait l'objet des travaux de LEVIN. Dans tous les cas d'appendicite aiguë examinés par lui, le méso-appendice est plus ou moins intéressé dans le processus inflammatoire. Ce n'était pas que les altérations du méso fussent exactement proportionnelles aux lésions des parois appendiculaires ; elles se manifestaient surtout par de l'œdème, et des exsudats fibrineux, modifications macroscopiques relevées par tous les chirurgiens au cours des interventions pour appendicite aiguë. La ligature coupe souvent ces mésos infiltrés et la surface de section humide mouille le fil que l'on a souvent peine à nouer fortement. LEVIN peut affirmer que la caractéristique de l'appendicite aiguë est l'infiltrat de polynucléaires dans le mésentériolum. Cette infiltration ne manquait dans aucun cas et se voyait dès les premières heures de la crise. Macroscopiquement, elle se développe dans la direction de la racine du méso-appendice, tantôt sous forme d'une masse compacte, tantôt sous une forme irrégulière dont la pointe s'effile vers l'insertion du mésentériolum. Fait important, au microscope, toute cette infiltration est périvasculaire et périnerveuse, contenue

d'abord dans les lymphatiques du méso remplis de leucocytes polynucléaires. Puis cette infiltration diffuse loin des vaisseaux lymphatiques, se répand dans les mailles du tissu conjunctivo-gras si lâché du mésentériolum, cependant toujours plus marquée autour des vaisseaux sanguins et des nerfs dont les lymphatiques sont satellites. L'importance même de cette infiltration est telle qu'elle pénètre souvent les gaines nerveuses et se glisse entre les fibres. Elle accompagne la crise et lui survit. Sur des appendices enlevés 10 à 12 jours après le début de la crise aiguë, il persiste une réaction inflammatoire nette dans le mésentériolum.

Ces constatations anatomiques ont été renforcées par les contrôles bactériologiques de GALLI. Sur 20 cas d'appendicite aiguë refroidie, il y eut 14 cas à mésentériolum infecté : par le coli seul ou associé 8 fois, par l'entérocoque 2 fois, le staphylocoque doré 2 fois, le streptocoque 2 fois. Le méso-appendice présentait d'ailleurs de graves altérations anatomiques.

De la constance des altérations lymphangitiques dans les parois de l'appendice, de la propagation constante de cette inflammation vasculaire dans le mésentériolum, il est facile de déduire la fréquence des réactions ganglionnaires au cours de l'appendicite aiguë. Ces réactions ganglionnaires sont banales. Vers 1900-1902, quelques observations furent publiées comme des curiosités anatomiques et ont été relevées dans les thèses de FERRY, AUGUY, de BONJOUR, de LHISSIER, de DUTEIL. Nous en citerons quelques-unes :

Obs. DE TIXIER (*in Thèse AUGUY*). — Garçon de 14 ans. Appendicite aiguë. — Appendice turgescant et tendu. A l'examen de la pièce, on est frappé de voir, dans l'épaisseur du méso-appendice, une série de petites masses dures, arrondies, résistantes au doigt. Elles étaient au nombre de huit. On croit d'abord qu'il s'agit de simples pelotons adipeux comme on en rencontre assez souvent dans le mésentère et les différents méso. Mais il s'agissait de ganglions lymphatiques enflammés. C'étaient ces ganglions, plus encore que l'appendice, qui avaient donné cette sensation de masse dure

à la palpation dans la fosse iliaque ; les ganglions étaient au nombre de huit, enchâssés dans un méso-appendice volumineux et infiltré.

Obs. de VILLAR. — L. Félix, 11 ans 1/2. Crise d'appendicite aiguë. Masse dure en chapelet, constituée par des ganglions du volume d'un noyau de cerise. L'auteur en extirpe deux qui étaient accolés au cæcum et un à la base de l'appendice. Appendice long et congestionné, méso largement œdédié.

Obs. de BONJOUR. — Obs. I. P. Lo..., 14 ans. Appendice en position latéro-cæcale gauche, légèrement ascendant. Deux ganglions près de son insertion cæcale. Ablation de deux ganglions du volume de deux petites noisettes situés à la base de l'appendice. L'un d'eux est ramolli, non purulent. Ils ont tous deux les caractères histologiques des ganglions enflammés. Appendice : lésions de folliculite, pas de perforation.

A côté des ganglions du méso-appendice, on découvre les ganglions iléo-cæcaux.

Obs. de VILLAR (in *Th. AUGUY*, obs. résumée). — Malade de 16 ans. Appendicite aiguë. Au voisinage de la jonction iléo-cæcale, on aperçoit une pléiade ganglionnaire composée de 5 à 6 ganglions faisant saillie sous la séreuse. Ces ganglions sont durs, très mobiles et n'ont déterminé autour d'eux aucun travail inflammatoire. A ce niveau, on aperçoit sous le péritoine quelques vaisseaux légèrement congestionnés.

Examen anatomique : pas de microbes à l'examen direct.

Obs. de VILLAR (in *Th. AUGUY*, résumée). — Homme de 17 ans. Sous le péritoine mésentérique qui avoisine l'angle iléo-cæcal, on aperçoit alors une pléiade ganglionnaire, composée de 7 à 8 ganglions durs, mobiles, sans adhérences entre eux et avec les plans voisins. Pas de traces de phénomènes inflammatoires autour d'eux. Un de ces ganglions est extirpé et est envoyé au Laboratoire de Bactériologie. Il fournit une culture absolument caractéristique de coli.

Nous pourrions multiplier ces observations. Depuis que

nous étudions ces adénites, nous avons demandé à nos collègues de bien vouloir examiner les ganglions au cours des appendicites aiguës, et leur obligeance nous a permis de colliger 35 cas d'appendicite aiguë avec réaction ganglionnaire dans le méso-appendice et l'angle iléo-cæcal. Plusieurs fois, des ganglions ont été prélevés et examinés histologiquement ; ils présentaient des lésions d'adénite aiguë. Dans tous les cas, l'appendice présentait des lésions macroscopiques. Plus rarement, l'adénopathie inflammatoire remonte très haut dans le mésentère : il est vrai qu'au cours de l'intervention, on explore difficilement plus haut que l'angle iléo-cæcal.

Cette réaction ganglionnaire est banale au cours de l'appendicite aiguë. La plupart de nos Maîtres nous ont dit l'avoir remarquée et P. MOURE insistait sur sa fréquence dans une communication à la Société de Chirurgie.

Quelles conclusions peut-on tirer de l'étude de ces adénites satellites des crises d'appendicite non compliquée, car tous les cas auxquels nous faisons allusion se sont terminés par la guérison avec fermeture par première intention. De la statistique homogène d'un chirurgien non spécialisé, le Dr HARTGLAS qui a bien voulu nous communiquer ses registres opératoires, comme de la collection de cas isolés, on reconnaît que la moitié des malades a de 6 à 15 ans, et ce fait ne doit pas surprendre : on sait les faciles réactions ganglionnaires des jeunes sujets à système lymphatique richement développé. Avec l'âge survient une involution progressive des ganglions lymphatiques qui explique qu'à infection égale, la réaction ganglionnaire soit moins fréquente chez l'adulte. Nous verrons dans la deuxième partie de ce travail que les adénites mésentériques aiguës se voient aussi surtout au-dessous de 15 ans.

Le rôle de l'infection lympho-ganglionnaire dans la symptomatologie de la crise d'appendicite aiguë n'est pas nul. Il semble qu'elle soit responsable des douleurs abdominales.

Les recherches histologiques de LEVIN sur l'appendice au cours de la dysenterie ont montré que dans la paroi de l'appendice on peut trouver des lésions inflammatoires importantes, voire même des abcès, sans qu'on ait pu mettre en évidence aucun signe clinique d'appendicite. Il attribue ce fait à l'absence de lésions du mésentériolum. Depuis longtemps, JALAGUIER attribuait la douleur au point de Mac Burney à la tuméfaction ganglionnaire, de siège fixe, quel que soit le siège de l'appendice.

QUÉNU partageait l'avis de JALAGUIER et s'exprima ainsi : « J'adopte volontiers cette manière de voir, et j'estime que le maximum de douleur a pour origine, non la lésion de siège variable de l'appendice, mais l'adénopathie de siège fixe qui l'accompagne et en dépend, c'est-à-dire les ganglions de l'angle iléo-cæcal ou iléo-appendiculaires. »

Les recherches de LEVIN sur la mésentériolite permettent d'attribuer les douleurs appendiculaires à l'atteinte du méso, plus précoce encore que l'atteinte ganglionnaire. Il a vu les infiltrats cellulaires avoir une disposition péri-nerveuse et même dissocier les gaines nerveuses et se glisser entre les fibrilles.

La réaction ganglionnaire le long de l'artère iléo-cæcale vers la racine du mésentère peut expliquer les douleurs ombilicales ou épigastriques spontanées fréquentes au début de l'appendicite aiguë, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir avec SANTE SOLIERI d'hypothétiques anastomoses entre les nerfs du cæcum et les nerfs de l'estomac.

Peut-on tirer des indications pronostiques de la présence d'une adénopathie ? Cette question a été posée il y a longtemps par QUÉNU, pour qui l'extension précoce de l'adénopathie donnait pour ainsi dire la mesure de la toxicité de l'appendicite. WALTHER ne partageait pas cette opinion et LÆPER montra l'absence de réaction lympho-ganglionnaire dans les appendicites gangréneuses qui évoluaient trop rapidement pour permettre à l'adénopathie de se développer. Pour PRIBRAM, il y a même concordance parfaite entre la

médiocrité des lésions appendiculaires et l'importance de l'adénopathie, fait qui le conduira à sa conception de l'appendicite lymphangitique.

En conclusion, la réaction ganglionnaire iléo-cæcale est fréquente au cours de l'appendicite aiguë, surtout chez l'enfant. Si elle n'est que congestive et discrète, elle n'a pas de valeur pronostique particulière, et elle disparaîtra spontanément après appendicectomie, comme trente-cinq observations nous l'ont montré.

LES COMPLICATIONS LYMPHO-GANGLIONNAIRES AU COURS DE L'APPENDICITE AIGUE

La réaction lympho-ganglionnaire satellite de l'appendicite aiguë peut, sous des influences inconnues, s'exagérer et l'emporter alors en gravité sur le foyer appendiculaire primitif, et constituer des complications infectieuses graves.

Ces complications, nous les classerons en deux groupes suivant qu'elles surviennent au cours ou au décours de la crise qui en est responsable, ou qu'au contraire elles se manifestent après l'appendicectomie qui semblait devoir faire cesser l'infection.

Il est difficile de tracer une limite exacte entre la réaction ganglionnaire normale et la réaction ganglionnaire pathologique, et cela même à l'intervention car l'abcédation centrale d'un ganglion peut échapper à la palpation.

Néanmoins, la formation d'un adénophlegmon péri-appendiculaire constitue une complication certaine dont l'existence a été notée depuis longtemps. JALAGUIER, qui a fait en 1898 une description presque parfaite de l'appendicite dans le *Traité de Chirurgie* de DUPLAY et RECLUS, avait plusieurs fois trouvé un abcès accolé à la fin du mésentère, en dedans et au-dessous du cæcum, derrière la terminaison de l'iléon et il notait que le ganglion décrit par CLADO ne devait pas être étranger à la formation de ces abcès.

C'est ce type que réalise l'observation de NOESKE.

Obs. de NOESKE. — Une jeune fille de dix ans, fut examinée

deux à trois jours après le début de la première crise. Malgré une symptomatologie grave (pouls très rapide, contracture intense de la paroi abdominale, douleurs sévères, nausées), l'auteur trouva au niveau de l'appendice une inflammation relativement peu intense : extérieurement, la séreuse était enflammée, la muqueuse n'était pas ulcérée, mais tuméfiée et rouge au niveau de la partie distale de l'appendicite. Etant donné la gravité du tableau clinique, l'auteur poursuivit attentivement ses recherches et trouva un ganglion fluctuant, presque complètement liquéfié et dont le pus très fluide n'était séparé de la cavité péritonéale que par une fine capsule séreuse.

NOESKE fait suivre cette observation de la remarque que s'il avait simplement pratiqué l'appendicectomie, sans ablation du ganglion, il se serait certainement produit une péritonite purulente par rupture de l'abcès ganglionnaire et la grande quantité de liquide séreux intra-péritonéal aurait favorisé la diffusion en empêchant tout cloisonnement. Au cours de l'autopsie, il aurait été difficile de trouver la cause de cette péritonite inexplicable, car on n'aurait pas pensé à rechercher sous la fibrine et le pus un orifice dont les bords auraient encore été rétractés après l'évacuation du pus.

L'hypothèse de NOESKE a été vérifiée. Les observations suivantes de REINHOLD, de FERIZ montrent la possibilité de péritonite d'origine lympho-ganglionnaire au cours de l'appendicite aiguë.

Obs. inédite de REINHOLD. — H. Albert, 62 ans, entre à l'hôpital le 27 septembre 1934 avec tous les signes d'une péritonite appendiculaire : violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, vomissements, contracture, température à 40°4.

Intervention : incision de Mac Burney. Du pus s'écoule à l'ouverture du péritoine. On enlève avec un peu de difficulté un appendice adhérent au petit bassin, congestif, mais dont l'état n'explique pas la présence de pus dans le ventre. A l'exploration de l'abdomen, pas de lésions viscérales, le sigmoïde est normal ; on explore en vain la région du côlon ascendant et le Douglas. Par contre, il existe de

nombreux ganglions tuméfiés dans la région iléo-cæcale, un ganglion du méso-appendice est suppuré et rompu dans le péritoine : il s'en écoule un pus très lié. Ablation du ganglion entièrement diffluent. Drainage de la fosse paracolique et du petit bassin. Fermeture partielle avec deux bronzes. Drains. Le lendemain de l'intervention, la température tombe à 37°, et le malade sort guéri le 12 novembre 1934.

Dans ce cas, si l'opérateur s'était contenté d'enlever l'appendice, il laissait dans l'abdomen un foyer infectieux dangereux. L'exérèse du ganglion suppuré fut sans aucun doute un facteur important de la guérison de la péritonite diffuse de cet homme de 62 ans.

Très comparable est l'observation de FERIZ, où le résultat thérapeutique fut moins bon.

Obs. de FERIZ. — Jeanne W., femme de 21 ans. Entre dans le service le 8 février 1927, sept heures après le début d'une crise douloureuse vive. La douleur est localisée dans la fosse iliaque droite, si vive que la malade se plaint à voix haute. Plusieurs vomissements avant l'arrivée à l'hôpital, un frisson. La dernière selle date de deux heures avant le début de la crise.

Il y a 6 semaines, crise analogue, mais moins intense, avec douleurs abdominales et vomissements.

Examen à l'entrée : température 37°2, pouls à 100, irrégulier. La malade semble sérieusement atteinte. Facies péritonéal. La paroi abdominale ne respire pas, contracture généralisée, à droite rigidité ligneuse, hypéresthésie généralisée.

Le malade localise la douleur spontanée dans la région de la vésicule biliaire, mais la douleur à la pression est plus intense au point de Lanz. Au cœur, souffle systolique intense, qu'on entend au niveau de l'orifice pulmonaire.

Intervention immédiate (FERIZ). Péritonite diffuse au début. Dans la cavité péritonéale, grande quantité de liquide lactescent, inodore, qui renferme des streptocoques en culture pure. Appendice, de la taille du petit doigt, rigide, rouge pâle. Sa pointe est adhérente à une frange épiploïque. Le méso-appendice est en partie recouvert de pseudo-membranes fibrineuses. Il est épais de 1 centimètre à

1 cm. 1/2 et très infiltré. Une partie du méso-appendice est adhérent à une région infiltrée du grand épiploon. Au niveau de l'insertion du méso sur l'appendice, on trouve au milieu d'une zone de couleur noirâtre, l'ouverture de la perforation d'un abcès de la taille d'une lentille. En dehors de cela, on voit, au niveau du méso, quelques vaisseaux sanguins remplis de thrombus purulents. On est frappé du fait que la séreuse de l'appendice semble n'être pas plus enflammée que la séreuse du cæcum voisine et que le péritoine pariétal. On enlève au thermo l'appendice et son méso. Ligature des vaisseaux appendiculaires aussi haut que possible en arrière du cæcum. Drainage de la région appendiculaire.

L'examen microscopique de la pièce opératoire a donné les résultats suivants. L'appendice a une paroi très épaisse, la muqueuse est normale, la sous-muqueuse très épaissie par multiplication du tissu conjonctif. Les couches musculaires sont dissociées par des foyers miliaires de cellules conjonctives fermés. Dans la musculature externe, on trouve des amas leucocytaires en bandes qui se trouvent souvent dans les lacunes lymphatiques. La sous-séreuse est épaissie par un tissu fibreux et elle présente en plus une inflammation aiguë. Les tissus sont œdémateux et contiennent des foyers leucocytaires dans les troncs lymphatiques.

Les vaisseaux sanguins sont injectés, avec margination typique des leucocytes. Au niveau du mésentériolum, on trouve une cavité abcédée de la grandeur d'une lentille, perforée dans la cavité abdominale, et qui n'est pas en continuité avec l'appendice. La cavité de l'abcès présente une paroi propre qui, au niveau de l'orifice même de perforation, est nécrotique. Dans les autres points, le mésentériolum présente une infiltration fibrineuse et séro-cellulaire. Lymphangite et péri-lymphangite purulente. Périphlébite purulente. Thrombophlébite purulente de quelques veines. Streptocoques.

Evolution. — La malade supporte bien l'opération. La péritonite streptococcique présente une évolution alarmante malgré un bon drainage et le lavage de la cavité péritonéale.

Dix-neuf jours après l'opération, malgré les stimulants, la malade meurt dans le collapsus.

Autopsie : péritonite purulente subaiguë. Infarctus de la rate. Pas de pyléphlébite. Pas d'abcès de foie.

Les réactions ganglionnaires peuvent se produire tout le long de la chaîne iléo-colique mésentérique supérieure, et jusqu'aux ganglions péri-aortiques. Il est évident que ces manifestations éloignées se produisent plus ou moins tard après la crise aiguë, comme toutes les manifestations lymphangitiques. Nous ne rapporterons que quelques observations particulièrement intéressantes par leur rareté, la difficulté de leur diagnostic.

Obs. de BASSET. — H. R., âgé de 16 ans, entre à Beaujon le 23 octobre 1934. Son histoire est la suivante : Étant en vacances en Savoie, il est pris, le 15 août 1934, de douleurs abdominales avec diarrhée et vomissements. Un médecin constate, paraît-il, une douleur à la pression dans la fosse-iliaque droite et une légère élévation de température. Il pense qu'il s'agit peut-être d'une crise appendiculaire et prescrit repos au lit, diète hydrique et opium. Pendant huit jours, état stationnaire avec cependant parésie intestinale, léger ballonnement et un peu de diffusion des douleurs. Le jeune homme est envoyé à l'hôpital de Saint-Jean de Maurienne où on prescrit glace sur le ventre et lavements purgatifs. Le diagnostic porté à ce moment aurait été celui de gastro-entérite.

Durant une quinzaine de jours, peu de modifications : cependant, la température qui oscillait entre 37°5 et 39° s'abaisse un peu. Le malade est ramené à Paris. L'abdomen est encore ballonné et douloureux. Huit jours plus tard, l'amélioration locale est sensible, la température tombe à la normale et l'alimentation peut être reprise. Cependant, elle provoque après chaque petit repas quelques douleurs dans la région épigastrique. Vers le 25 septembre, soit quarante jours après le début des accidents, le médecin qui surveille le malade voit apparaître une tuméfaction sus-ombilicale douloureuse, fait, paraît-il, le diagnostic de péritonite tuberculeuse et pratique une série de piqûres de Cinnozyl.

Au mois d'octobre enfin, il conseille d'envoyer l'enfant à la montagne. Les parents hésitent, et comme les douleurs augmentent, ils finissent, le 22 octobre 1934, par nous amener leur fils, que je fais entrer dans mon service le lendemain.

Voici ce que je constate : Malade pâle, fatigué et amaigri. D'une manière générale, l'abdomen est souple, respire bien et dans tout

l'étage sous-ombilical la palpation ne provoque de douleur nulle part, même pas dans la fosse iliaque droite. La région sus-ombilicale est le siège d'une voussure dont la limite inférieure part du flanc droit sur la ligne axillaire, monte obliquement en haut et à gauche, passe à un centimètre au-dessus de l'ombilic et se termine au rebord thoracique inférieur gauche sur la ligne mamelonnaire.

Au centre de cette voussure existe une zone douloureuse, où la peau est adhérente, et où l'exploration révèle l'existence de fluctuation. La matité de la tuméfaction se continue directement avec celle du foie qui remonte jusqu'à la 7^e côte droite. Le côlon transverse, exploré par la percussion, borde la voussure en bas et à gauche. La rate n'est pas augmentée de volume. Le fonctionnement de l'estomac paraît normal, ainsi que celui de l'intestin. Rien à signaler du côté des autres appareils.

L'examen du sang donne : globules rouges : 4.060.000 ; globules blancs : 16.800, dont 90 % de polynucléaires. La réaction de Casoni est négative.

A la radioscopie, le corps de l'estomac est refoulé à gauche, le canal pyloro-duodénal est un peu abaissé, mais le transit est normal. L'ombre hépatique paraît augmentée de grandeur.

Une ponction exploratrice faite quarante-huit heures après l'entrée à l'hôpital, au centre de la zone fluctuante, ramène quelques centimètres cubes de pus épais, sanguinolent, fétide, dans lequel un examen extemporané ne trouve pas de microbes.

Le lendemain, 27 octobre 1934, première intervention : une incision transversale, selon le grand axe de la tuméfaction, ouvre une large poche sous-cutanée, aplatie, pleine de pus verdâtre et épais, dont l'examen au laboratoire nous révélera qu'il s'agit de pus à colibacille.

Après évacuation du pus, j'examine soigneusement la paroi profonde de la poche, paroi constituée par l'aponévrose pré musculaire, et je ne trouve, à ce moment-là, aucun orifice me permettant de penser à un abcès en bouton de chemise, rien qui me fasse croire à une connexion de la poche sous-cutanée avec un organe profond.

Très rapidement, la suppuration diminue, la température devient normale, le nombre des globules blancs du sang tombe à 7.600.

Un examen radiologique du côlon est pratiqué le 9 novembre 1934 et donne les résultats suivants : le lavement baryté dessine un cadre colique normal jusqu'à mi-chemin du transverse. La moitié

droite de celui-ci et l'angle sous-hépatique sont légèrement abaissés. Au milieu du côlon ascendant existe une portion rétrécie, mais encore facilement perméable, en amont de laquelle le cæco-côlon est dilaté, avec un aspect irrégulier, dentelé, du fond du cæcum.

Le 23 novembre 1934, un mois après son entrée, l'état général étant très amélioré, le jeune homme quitte le service. Sa guérison n'est cependant pas complète, car au centre de la cicatrice sus-ombilicale existe encore un petit orifice qui donne issue à quelques gouttes de pus. Malgré des pansements faits dans le service tous les deux ou trois jours, cette suppuration persiste.

Je fais faire alors, le 10 décembre 1934, un deuxième examen radiologique après injection de lipiodol par l'orifice épigastrique dans le but de déceler la possible existence d'un trajet profond intra-abdominal. A partir de son point d'injection, le lipiodol commence par former un amas en forme de croissant irrégulier et un peu ascendant en haut et à droite. De l'extrémité droite de cet amas part un fin filet de lipiodol qui descend, décrit un trajet curviligne concave en dedans, et après avoir dans son tiers inférieur présenté un petit renflement arrondi, aboutit un peu au-dessus du bord supérieur de la crête iliaque droite, à un deuxième petit amas de lipiodol irrégulier et pourvu de trois prolongements, deux inférieurs divergents et un supérieur se continuant avec le fin trajet intermédiaire.

D'autres ombres, un peu moins denses, apparaissent dans la région haute, sous forme de plaques irrégulières, discontinues et incomplètement reliées entre elles.

Le 22 décembre, j'interviens pour la seconde fois. Incision iliaque droite. le cæco-côlon, rouge et poisseux, est uni par de multiples adhérences au péritoine pariétal antérieur, à l'épiploon, à la dernière anse grêle. Plusieurs de ces adhérences constituent des brides épaisses. D'eux d'entre elles correspondent sur le côlon ascendant à la la coudure avec sténose légère, qu'avait révélée la radiographie après lavement baryté.

L'appendice volumineux, long et particulièrement altéré au niveau de sa pointe et sur toute son étendue étroitement adhérent à la face externe du cæco-côlon le long duquel il remonte. J'en pratique l'ablation sans trouver d'ailleurs autour de sa pointe ni cavité, ni même aucune trace du lipiodol lequel, il est vrai, a été injecté douze jours auparavant. Petit drain dans la gouttière pariéto-colique et suture de la paroi en quatre plans.

L'examen histologique de l'appendice a décelé d'importantes lésions inflammatoires anciennes ; prolifération marquée de l'épithélium, dilatation et sclérose des vaisseaux, présence de nombreux amas leucocytaires s'étendant parfois jusqu'à la couche musculaire. Fait essentiel : dès le lendemain de l'intervention, la sécrétion de la fistule épigastrique se tarit et vingt-quatre heures plus tard, l'orifice cutané est fermé et cicatrisé. Il ne se rouvrira plus.

Du côté de la fosse iliaque, tout se passe très simplement et, le 16 janvier 1935, vingt-cinq jours après la deuxième intervention, mon opéré quitte l'hôpital guéri et avec un état général excellent.

Dans cette observation, il s'agit vraisemblablement d'un abcès ganglionnaire, peut-être iléo-cæcal, à en juger par le trajet fistuleux et la cavité qui le termine. Après la première crise d'appendicite aiguë, il se développe une adénite mésentérique, qui survit à la guérison spontanée ou médicale de la crise et qui secondairement s'abcède et se fistulise dans la région ombilicale. Ce n'est pas une fistule appendiculaire à distance, comme les nombreuses observations rassemblées dans la thèse de LOISEAU ; l'intervention a montré d'ailleurs l'absence de cavité suppurante péri-appendiculaire, l'adénite suppurée a disparu après l'ablation du foyer infectant.

La pathogénie de ces suppurations à distance a longtemps été inexpliquée et dans le riche matériel de faits cliniques présentés à la Société de Chirurgie, nous citerons l'observation ancienne de ROUTIER.

Obs. de ROUTIER. — Il s'agissait d'un garçon de 16 ans qui en était à sa première crise d'appendicite ; je le vis huit jours après le début des accidents, son ventre était ballonné, souvent très douloureux, avec excès de douleur à droite. Je fis une laparotomie latérale et donnai issue à une assez grande quantité de sérosité louche et de pus mal ou pas enkysté, si bien que je fis un lavage général du ventre. Je ne vis et ne cherchai pas l'appendice.

Tout alla d'abord pour le mieux, les vomissements cessèrent, la langue, le pouls redevinrent bons, le ventre souple, nous eûmes plusieurs selles. En somme, on pouvait croire qu'il allait guérir,

lorsque, vers le 9^e jour, sans frissons, sans fièvre, sans élévation du poulx, il accusa du ténesme rectal, de la diarrhée, le ventre se ballonna. Je pensai à un abcès, mais où ?

Je cherchai sans succès dans le voisinage de la région opérée. Je fis mettre de la glace sur le ventre, je fis des lavages à l'estomac, de l'antisepsie intestinale, le ventre se ballonna à un degré extrême, et 21 jours après mon opération, il succombait et nous trouvions à l'autopsie un abcès en arrière du côlon transverse et de l'estomac, sans traces de péritonite ailleurs. Le côlon descendant comprimé par l'abcès causait cet énorme ballonnement des derniers jours.

ROUTIER n'a pu expliquer ce fait par la thèse alors en faveur de la péritonite cloisonnée. On admettait et on admet encore qu'un épanchement purulent, d'abord généralisé, est segmenté par des adhérences péritonéales qui le cloisonnent, expliquant ainsi les abcès à distance. Mais dans le cas de ROUTIER, il est difficile d'admettre l'infection primitive de l'arrière-cavité des épiploons, même par l'hiatus de Winslow. Il s'agit, dans ce cas, d'adénite suppurée préaortique, des derniers ganglions de la chaîne mésentérique supérieure. L'anatomie des lymphatiques de l'appendice n'était pas encore précisée en 1895 et faute de connaître les collecteurs terminaux de la région iléo-cæcale, ROUTIER ne pouvait expliquer cette rare observation.

A côté de ces manifestations inflammatoires bruyantes, l'adénite mésentérique appendiculaire peut ne s'extérioriser que par des signes d'emprunt, duodénaux. Ce que nous avons dit du trajet des collecteurs lymphatiques de l'appendice en explique la possibilité.

Obs. de P. DUVAL et Ch. ROUX. — Mme C..., 20 ans, est soignée à la Consultation de gastro-entérologie par le Dr J. Ch. ROUX, en 1934, pour douleurs gastriques tardives, à caractère intermittent.

Ces douleurs s'accompagnent de fringales et sont calmées par l'ingestion des aliments ; donc, type clinique de douleurs d'ulcère.

La malade ne vomit pas, n'a pas de nausées, mais se plaint de tension épigastrique après les repas. Hématine positive dans les fèces.

En juillet 1934, l'examen radiographique (Dr Henri BÉCLÈRE, n° 21.252) montre une sténose du duodénum au milieu de DIII avec forte dilatation en amont, et mouvements de brassage : donc, type de compression de DIII par le pédicule mésentérique.

La malade est mise au régime, la position à plat ventre lui est conseillée après les repas.

En octobre 1934, la malade a engraisé de 6 kilogrammes et souffre beaucoup moins. L'examen radiologique montre que la dilatation du duodénum a totalement disparu, la forme et l'évacuation du cercle duodénal sont normales.

L'examen de la fosse iliaque droite fait constater un point appendiculaire très net, et l'interrogatoire fait retrouver dans l'histoire de la malade une soi-disant indigestion au mois de mai, avant l'apparition des troubles duodénaux.

Diagnostic : appendicite avec possibilité de compression passagère du duodénum par adénopathie mésentérique due à l'infection appendiculaire.

Opération le 22 octobre 1934. Laparotomie médiane, l'appendice est adhérent sur toute sa longueur à la face inférieure du mésentère : ablation. Vieille appendicite chronique à poussées successives. L'exploration du mésentère montre de gros ganglions : l'un d'eux est prélevé pour examen, à hauteur du bord inférieur du duodénum. Guérison normale.

La malade est revue le 15 novembre 1934 : son évacuation duodénale est normale.

Examen histologique. — F. MOUTIER, n° 1.770 H. — Le ganglion présente des signes remarquables d'adénite chronique avec épaississement léger de la capsule d'où partent des septa conjonctifs qui isolent les centres germinatifs. Une prolifération conjonctive s'élève également du hile, mais est formée d'un tissu plus jeune. On note aussi l'épaississement de la paroi des vaisseaux.

Ceci peut, croyons-nous, être interprété de la façon suivante : poussée d'appendicite subaiguë sur une vieille appendicite chronique. Au cours de la poussée subaiguë, infection des ganglions mésentériques : cette adénite aiguë

a provoqué une compression passagère de la troisième portion du duodénum, compression qui a disparu avec la poussée inflammatoire ganglionnaire.

Les sténoses chroniques du duodénum par atteinte lymphatique sont bien connues depuis les travaux de BASSET en 1925. Depuis de nombreux travaux de CARNOT, de SOUPAULT, de GUTMANN, de PERONA, de WUSTMANN, de KRUCHER, de SHATTUCKA et IMBODEN, de KADRKA et BARDET ont montré le bien-fondé de cette conception. Au cours des interventions, il n'est pas rare de trouver avec les brides de périduodénite chronique, des ganglions lymphatiques chroniquement enflammés. OCKINZYC en a publié récemment encore un cas. Il est moins fréquent de voir la compression chronique du duodénum réalisée uniquement par des ganglions non tuberculeux. L'observation de H. WANTOCH en donne un bon exemple.

Obs. (résumée d'après P. DUVAL). — Garçon de 12 ans, douleurs vagues dans le flanc gauche sans vomissements, amaigrissement ; on perçoit à la palpation une tuméfaction profonde, indolore, dans la région épigastrique.

Intervention : Le duodénum est comprimé, rétréci dans sa quatrième portion par des ganglions nombreux, augmentés de volume (quelques-uns sont de la taille d'une prune), les uns isolés, les autres confluent, situés dans la racine du mésentère : on les enlève en totalité.

Appendicectomie par incision iliaque droite : dans le méso-appendice, de nombreux ganglions dont la taille varie de celle d'un noyau de cerise à celle d'un haricot. Guérison en deux semaines, maintenue deux ans et demi après.

Examen histologique :

A) Appendicite chronique ; dans la musculature, infiltration cellulaire notable, comme dans une appendicite en régression.

B) Ganglions hypertrophiés : catarrhe desquamatif très prononcé : dans les sinus, éléments endothéliaux et lymphoïdes dominent. peu de leucocytes, pas de tuberculose.

Diagnostic : Appendicite en régression ; sévère « sinus catarrhe » des ganglions.

Quant aux compressions passagères du duodénum, dont l'observation de notre Maître P. DUVAL a montré l'existence, nous n'en avons pas trouvé d'autres observations contrôlées chirurgicalement.

Mais il faut en rapprocher les constatations de BRODIN, consignées dans la thèse de son élève GIRAUD sur les spasmes duodénaux dans l'appendicite chronique et les inflammations du côlon droit. Nous ne retiendrons que les observations 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 et 9, qui sont d'ailleurs si exactement superposables qu'il suffit d'en citer une :

Obs. de BRODIN (Th. GIRAUD, obs. II). — M^{lle} C..., 15 ans 1/2, vient consulter le 26 janvier 1934 pour un état nauséux avec parfois vomissements durant depuis quinze mois ; tendance à la constipation. Cet état s'accompagne d'amaigrissement. Dans ses antécédents : pneumonie, diphtérie. Règles normales depuis l'âge de 13 ans, quelques pertes blanches. Parents bien portants. Deux collatéraux bien portants.

L'examen abdominal ne montre aucun point douloureux. L'examen général est négatif. Poids : 44 kg. 800.

Radioscopie le 30 janvier 1934 : léger remplissage en neige. Estomac allongé avec contraction d'emblée assez énergique, mais spasme persistant du bulbe et aucun passage au début. Ultérieurement, évacuation très lente avec deuxième portion duodénale très effilée et mouvements de va-et-vient au niveau du *genu inferius*.

A 17 heures : Estomac évacué. Baryte dans le gros intestin jusqu'au niveau de l'angle gauche.

Le lendemain : Côlon ascendant et ampoule rectale fortement injectés. Il persiste de la baryte dans le bas-fond cæcal.

Opération le 27 février 1934 — Dr PADOVANI — qui constate une appendicite rétro-cæcale et un appendice malade..

La malade est revue le 25 juin 1934. Tous les troubles ont disparu. Poids : 46 kg. 400.

Radioscopie : Estomac sans liquide à jeun, à contractions rapidement énergiques et bonne évacuation, sans mouvement de va-et-vient. Un arrêt au niveau du *genu inferius*.

Les autres observations de la thèse de GIRAUD sont

exactement semblables à celle que nous venons de citer. Dans huit cas, BRODIN a constaté chez des malades se plaignant de troubles dyspeptiques des signes de sténose de la troisième portion du duodénum, signes qui ont disparu après ablation d'un appendice malade. Sans doute, n'y a-t-il pas eu au cours de l'intervention examen du duodénum, et mise en évidence de lymphangite ou d'adénite de la racine du mésentère, mais la guérison de la dyspepsie, la disparition totale de la gêne du transit duodénal permettent d'attribuer en toute vraisemblance cette sténose spasmodique à l'inflammation lymphoganglionnaire dont l'observation de notre Maître P. DUVAL a montré l'existence.

Comment agit l'inflammation ganglionnaire ? Il est difficile de le préciser. Compression mécanique ? Cela paraît peu probable, on peut admettre ce facteur lorsqu'il y a de gros ganglions avec périadénite importante, bridant la face antérieure de la troisième portion. Irritation des parois duodénales, par imprégnation de toxines amenées par voie lymphatique comme l'admet DE BEULE ? Peut-être.

Il paraît certain que cette sténose passagère peut devenir chronique si des poussées d'inflammation ganglionnaire se répètent dans le mésentère. Il se développera une adénopathie chronique, comme dans le cas de WANTOCH, puis les réactions de voisinage s'organiseront, les brides, les adhérences se constitueront, la périoduodénite s'installera, et alors le traitement de l'appendicite causale sera inefficace.

LES COMPLICATIONS GANGLIONNAIRES ANORMALES

L'étude des voies lymphatiques normales de l'appendice ne permet pas d'expliquer des phénomènes inflammatoires d'origine ganglionnaire certaine, prouvée au cours de l'appendicite aiguë.

Deux notions importantes dans l'étude des lymphatiques permettent d'expliquer bien des anomalies, bien des propagations anormales du cours de la lymphe ; ces deux notions sont la néoformation de vaisseaux lymphatiques et le reflux du cours de la lymphe.

On avait remarqué depuis longtemps qu'il existait des connexions lymphatiques entre la cavité thoracique et les ganglions de l'aisselle. « Ces glandes, sans doute, reçoivent des absorbants de la cavité de la poitrine, car nous les avons vues gorgées à la suite de la pleurésie, de la pneumonie, et de la consommation pulmonaire, disait CRUIKSHANK en 1787 (cité par ROUVIÈRE). TALKE, en 1903, a pu démontrer par l'étude de pièces d'autopsie, qu'entre deux feuillets pleuraux symphysés s'établissaient très rapidement des voies lymphatiques nouvelles et il terminait son article en assurant que certainement au cours de toutes les adhérences séreuses pathologiques, la même communauté lymphatique s'établissait. Sans doute, ce fait n'a pas été démontré pour les adhérences péritonéales, mais la similitude d'origine et de constitution des deux séreuses rend très probable ce fait anatomique, d'autant que de nombreuses observations cliniques ne peuvent être vraisemblablement expliquées que par cette hypothèse.

Le deuxième fait qui permet des anomalies de distribution

de la lymphe est la notion du reflux lymphatique. L'intercommunication des voies lymphatiques d'un même organe, le peu de résistance qu'offrent les valvules des vaisseaux lymphatiques au reflux expliquent que tout obstacle apporté au cours normal de la lymphe est rapidement tourné, au besoin même en empruntant des courants voisins. Le fait a été démontré expérimentalement maintes fois, on a pu également sur des préparations anatomiques de pièces pathologiques voir que la sclérose d'un ganglion lymphatique, ou la ligature des voies lymphatiques, obligent le cours de la lymphe à prendre des vaisseaux qu'en temps ordinaire elle n'emprunterait pas. Ce n'est que la suppression très étendue des voies lymphatiques d'un territoire donné qui peut produire de la stase lymphatique ou de l'œdème.

Ces deux notions expliquent la possibilité d'adénite cœco-iliaque au cours de l'appendicite aiguë, comme le montrent les observations de QUIVY, de OUDARD et de ARNAUD.

Obs. de J. QUIVY. — Obs. I. L... Jean, 7 ans. Appendicite aiguë au quatrième jour. Début marqué par douleur dans la fosse iliaque droite, nausées, vomissements. Température 38°. Traité par la glace et la diète hydrique. Les matières du quatrième jour, recrudescence de la douleur dans la fosse iliaque droite, vomissements. La température qui était progressivement remontée à la normale remonte à 39°. Devant ces symptômes, le médecin traitant dirige l'enfant sur l'hôpital des Enfants-Malades où il est admis Saïe Baffos le 12 février 1930, à 2 heures de l'après-midi.

A l'examen, enfant aux traits tirés, les yeux cernés. Température 39°. Pouls à 100. A la partie basse de la fosse iliaque droite, juste au-dessus de l'arcade crurale, on note l'existence d'une légère voussure. La paroi respire mal au-devant et au-dessus de cette tuméfaction. Au palper, on sent que cette tuméfaction irrégulière est allongée dans le sens de l'arcade crurale. Bien limitée en dehors, elle l'est moins en haut et en dedans. Elle est très douloureuse, et la palpation de la paroi abdominale au-dessus d'elle montre l'existence d'une défense des plus nettes. Le palper des hypochondres,

du creux épigastrique et de la fosse iliaque gauche, ne révèle rien de particulier. Toucher rectal négatif. Devant cet ensemble de symptômes, on conclut à la diffusion d'une collection péri-appendiculaire et on intervient d'urgence.

Intervention (FOLLIASSON) : Mac Burney bas et interne. Sur le point culminant de la tuméfaction, on constate que le péritoine est soulevé par une volumineuse adénopathie de la chaîne iliaque externe (surtout ganglions rétro-cruraux). Les ganglions sont entourés d'une gangue indurée et saignant au contact des instruments. Le péritoine tendu et épaissi est incisé, il s'en écoule du pus en abondance sans odeur. L'appendice très altéré, long, irrégulier, vascularisé et par endroits recouvert de placards de fibrine, se montre tout de suite. Il est en position sous-cæcale, couché sur le péritoine de la fosse iliaque dans l'axe des vaisseaux. Il n'adhère pas à ce péritoine. Ablation sans enfouissement (le cæcum est accolé complètement et ne peut être extériorisé). Fermeture du péritoine par un surjet en bourse. L'espace de Bogros est drainé par une petite mèche, et la paroi refermée en un plan musculo-cutané aux crins.

Suites opératoires sans incidents. Chute de la température en 48 heures. Ablation de la mèche le surlendemain de l'opération. Légère suppuration pariétale. L'enfant sort guéri le 27 février.

Pièce : Paroi appendiculaire très altérée avec sphacèle de la muqueuse par endroits. Un calcul stercoral. Aucune porte d'entrée au niveau du membre inférieur, de la fesse ou du périnée ne peut expliquer l'adénopathie.

Très voisine sont les observations d'LOUDARD et d'ARNAUD.

Obs. d'LOUDARD. — G... Aimé, 24 ans, entre à l'hôpital de Cherbourg, le 28 juin 1913, avec le diagnostic d'entéralgie ; il souffre depuis longtemps de l'intestin et a eu de la dysenterie. On remarque sur le trajet du canal inguinal une tumeur allongée, sensible. Pas de température. Dans les antécédents, dysenterie amibienne à rechutes.

A commencé de souffrir dix jours avant dans la fosse iliaque droite : douleur légère se manifestant seulement à l'occasion d'effort, et lui permettant de faire complètement son service jusqu'au 26 juin. Le malade marche presque sans boiter. Bon état général. Bon

appétit. Selles régulières chaque jour, la langue n'est pas saburrale. Je constate une tuméfaction dure, bosselée, immédiatement au-dessus de l'arcade, à droite, un peu douloureuse à la pression.

Diagnostic : Adénite iliaque d'origine indéterminée en voie de suppuration. Le soir, douleur qui augmente rapidement en intensité et le lendemain syndrome de péritonite aiguë.

Incision sur la tumeur le long de l'arcade. En décollant et réclinant le péritoine, on découvre une masse bosselée, dure, constituée par les ganglions iliaques externes : dissociation à la sonde, pas de pus.

Incision du cul-de-sac péritonéal sus-jacent, issue de liquide louche en abondance : une masse inflammatoire apparaît : épiploon enflammé entourant un cæcum à parois rouges, épaissies, appendice gangrené, en position rétro-cæcale et abcès péri-appendiculaire. Cette masse adhère au péritoine qui seul le sépare de la masse ganglionnaire. Appendicectomie. Drainage du Douglas, rempli d'un liquide louche. Guérison.

Obs. d'ARNAUD. — O... Joseph, entre à l'Hôtel-Dieu de Marseille le 24 avril 1923. Souffre du ventre depuis une semaine (douleurs très vagues et imprécises) ; puis la difficulté d'allonger la cuisse droite est le premier signe qui inquiète vraiment le malade.

La flexion s'accroît sans que les douleurs s'exagèrent. La marche devient difficile. Il n'y a ni température ni vomissements ni constipation.

A son entrée à l'hôpital, il présente des signes de psoïtis droite. Ventre ballonné, tuméfié dans la fosse iliaque droite, au point de donner l'impression clinique d'un abcès ou d'une adénopathie iliaque. Point de Mac Burney sensible, sans plus. Toucher rectal négatif. Bon état général. Température 38°2. On pense cependant à une appendicite rétro-cæcale avec abcès au contact ou au voisinage du psoas.

Opération le 26 avril. Anesthésie : éther. Décollement du péritoine de la fosse iliaque droite et cheminement sous-séreux vers une masse iliaque paraissant inflammatoire mais non ramollie. Pas de pus durant ce temps opératoire. Ouverture alors du péritoine pariétal antérieur. Gros appendice long, plongeant du bord iléo-cæcal vers le psoas auquel il tient par sa pointe. Appendic-

tomie sans enfouissement. Fermeture pariétale. Guérison rapide après une légère suppuration.

Ces trois observations avec contrôle opératoire montrent qu'indiscutablement une appendicite peut infecter les ganglions iliaques externes. Ces faits sont différents des observations rapportées par DEL CAMPO et BARBEROUSSE, d'adénites iliaques simulant l'appendicite aiguë et dont la porte d'entrée de l'infection était passée inaperçue. De même, l'opinion de LOCKWOOD sur la communication normale des lymphatiques de l'appendice avec le ganglion iliaque externe a été trouvée erronée. Il faut admettre qu'à la suite d'adhérences inflammatoires établies entre l'appendice rétro-cæcal (Obs. de OUDARD), adhérent au psoas (Obs. d'ARNAUD) ou le cæcum complètement fixé (Obs. de QUIVY), la lymphe appendiculaire infectée se serait déversée dans les collecteurs du péritoine pariétal, les ganglions iliaques externes.

L'adénopathie inguinale a été notée une fois par DELORE et TIXIER.

Obs. de DELORE et TIXIER (Obs. II). — Appendicite et adénite de l'aîne droite. Il s'agit d'un garçon âgé de 8 ans, atteint de troubles digestifs avec amaigrissement depuis près d'un an. Son état était tel qu'on lui fit faire un séjour à Salins-Moutiers, au mois d'août 1911.

A son retour, le 10 septembre, il fut pris assez brusquement de tous les signes d'une appendicite légère ; il existait de la fièvre et aussi un plastron dans la fosse iliaque droite. Les signes généraux s'atténuèrent du reste assez vite par le traitement médical et l'on ne pratiqua l'appendicectomie que le 20 septembre. Du 10 au 20 septembre, on pouvait constater dans l'aîne droite un ganglion douloureux à la pression et spontanément. Pour atténuer la douleur, l'enfant avait même pris l'habitude de fléchir la cuisse sur le bassin.

L'appendicectomie pratiquée le 23 septembre, révéla un appendice douloureux, adhérent par de fausses membranes à la paroi abdominale. Son extrémité distale paraissait perforée et se perdait dans un amas de fongosités. Une petite mèche de sécurité fut laissée en ce point tandis qu'on refermait le reste de la paroi par quatre plans de suture.

Guérison parfaite avec disparition de l'adénite. Examen de l'appendice : pas de productions tuberculeuses.

Dans cette observation, il faut noter l'adhérence de l'appendice à la paroi abdominale antérieure, adhérence à la faveur de laquelle s'est produite l'infection du réseau lymphatique des ganglions rétro-cruraux internes, dont l'inférieur, comme l'a montré le professeur ROUVIÈRE, est mi-inguinal mi-abdominal.

Quant aux adénites inguinales dues à des appendicites herniaires, tels des cas rapportés par VILLAR, BOLDIN et DE GENNES, de hernie crurale avec appendicite, accompagnée d'adénite inguinale, il est évident que le contact intime de l'appendice et des ganglions (puisque dans le cas de VILLAR, l'ablation d'un ganglion sectionne la pointe de l'appendice) explique simplement la réaction ganglionnaire.

DELORE et MARTIN ont publié une autre observation de lymphangite à distance, moins probante que les précédentes.

Obs. de DELORE et MARTIN. — R... Jean, 13 ans, entre le 11 juillet 1911 à la Charité ; salle Saint-Pierre. Depuis 4 jours, l'enfant est malade. Il a d'abord eu de violentes douleurs abdominales accompagnées de vomissements et d'une température à 39°. Une purgation d'huile de ricin est immédiatement administrée. Le lendemain et le surlendemain, l'enfant continue à souffrir, à vomir et à avoir de la fièvre. On se décide à l'amener à l'hôpital.

À l'entrée, la température est à 37°7, le pouls à 80, une assez bonne tension et assez régulier. Les vomissements ont presque cessé entièrement, mais il n'y a pas de selles spontanées et la langue est saburrale. L'abdomen est tendu, douloureux en général ; cependant du côté droit, sans qu'on perçoive un plastron net, on a la sensation d'une rénitence plus marquée, et la pression est douloureuse.

L'enfant est laissé à la diète avec de la glace sur le ventre. Son état ne s'améliorant pas en raison des signes locaux, M. NOVE JOSSE RAND décide d'intervenir.

Première intervention le 19 juillet 1911. Incision de Roux. On

tombe sur un péritoine pariétal épaissi et adhérent qu'on a beaucoup de peine à séparer du cæcum. Le cæcum est lui-même très épaissi et cela sur une très grande hauteur ; il adhère de toutes parts, ce qui rend la recherche de l'appendice si dangereuse qu'on renonce à le poursuivre. Dans les manœuvres de clivage, une goutte de pus était venue sourdre à la face externe du cæcum. On place en conséquence un petit drain et on referme la paroi. L'état général de l'enfant devient rapidement meilleur, mais jamais la température ne descend à la normale. Elle continue à osciller entre 37°5 et 39°. La suppuration est assez abondante.

Le 6 septembre 1911, on signale l'apparition au niveau de l'ombilic d'un abcès de la grosseur d'une noix, qui soulève la cicatrice ombilicale et se prolonge sous forme d'un gâteau inflammatoire à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On fait au point déclive l'incision de cette petite collection qui était constituée par une cuillerée à soupe d'un pus bien lié, sanguinolent, sans odeur particulièrement désagréable.

Ce pus est envoyé au laboratoire de bactériologie. On répond que par la méthode de Ziehl on n'a pas trouvé de bacilles de Koch.

Le 13 septembre 1911, apparition d'une petite collection cutanée et sous-ombilicale et d'une collection analogue au niveau de l'aîne gauche.

Comme par la cicatrice de la première intervention continue à s'écouler une assez notable quantité de pus, comme d'autre part, localement, le ventre est dur et douloureux, l'état général paraissant périliter, M. DELORE, suppléant alors M. NOVÉ JOSSE-RAND, décide d'intervenir à nouveau et de tenter l'appendicectomie.

Le 29 septembre 1911, deuxième intervention. Anesthésie à l'éther. M. DELORE pratique une laparotomie sous-ombilicale. La paroi abdominale présente un épaississement assez considérable ; elle est d'aspect lardacé, criant sous le bistouri. Très minutieusement, on poursuit l'incision des différents plans qui n'ont plus rien de leur aspect normal, et l'on tombe enfin sur une anse intestinale, en symphyse complète avec la paroi. On la décolle au doigt et on arrive dans le péritoine libre. Les anses intestinales sont adhérentes dans la fosse iliaque droite et jusque sous le foie. On les libère et l'on attire le paquet en dehors. On trouve l'appendice plaqué en arrière ; il est très long, adhérent de tous côtés, en queue

de chien et en battant de cloche. Perforé vers sa pointe, il présente quelques fongosités jaune ocre. L'ablation en est pratiquée.

On tamponne soigneusement toute la cavité. On draine et on diminue légèrement la brèche par quelques points de suture. Enfin, on pratique l'examen de l'abcès périombilical et de l'abcès de l'aine, qui, ni l'un ni l'autre, ne communiquent avec la cavité abdominale. Le pus n'est pas fécaloïde.

L'examen histologique de l'appendice fut fait par M. le Dr P. SAVY. Il a bien voulu nous communiquer la note suivante :

Lésion d'appendicite subaiguë : il y a une conservation relative de la muqueuse dont on aperçoit çà et là les culs-de-sac glandulaires. Les follicules clos sont hyperplasiés. La sous-muqueuse est épaissie, remplie de cellules rondes qui pénètrent dans le muscle qu'elles infiltrent en totalité. Enfin la couche sus-péritonéale est considérablement épaissie, formée de tissu fibreux assez dense, renfermant quelques petites cellules rondes et surtout de très nombreux vaisseaux gorgés de sang. Aucune formation d'apparence tuberculeuse. L'état général de l'enfant s'améliore très rapidement environ un mois après l'opération. Il quitte l'hôpital complètement guéri, avec une plaie parfaitement cicatrisée, sans qu'aucun incident soit venu compliquer les suites opératoires.

Pour DELORE et MARTIN, il s'agit d'adénite suppurée due à l'inflammation de l'appendice iléo-cæcal, où le diagnostic d'adénite n'est pas douteux, car les ganglions superficiels de la paroi abdominale, pour rares qu'ils soient, n'en existent pas moins. MASCAGNI a représenté dans sa planche 24 un ganglion situé au-dessous de l'ombilic, près de la ligne blanche, en regard du 2^e interstice tendineux du muscle grand droit. Ce nodule inconstant est placé sur le trajet d'un lymphatique superficiel de la paroi (ROUVIÈRE). L'existence d'une suppuration de la paroi abdominale antérieure, due à l'incision de l'abcès appendiculaire, rend discutable l'hypothèse de DELORE et MARTIN ; il peut aussi bien s'agir d'une adénite inflammatoire due à l'infection de la peau autour de l'incision de drainage. Notre collègue et ami le Dr HEPP, nous a rapporté l'observation d'une malade atteinte d'appen-

dicite avec plastron, qui, au cours de l'évolution de l'abcès iliaque droit, présenta une induration sous-cutanée limitée de la région sous-ombilicale, induration inflammatoire à distance qui se résorba sous l'action d'un traitement antiphlogistique. Seule l'hypothèse de DELORE et MARTIN permet l'explication de ce fait.

Les complications ganglionnaires à distance que nous venons d'étudier constituent des incidents curieux au cours de l'évolution des appendicites aiguës. Les adénites lointaines peuvent, dans certains cas, être à l'origine de complications alarmantes ou mortelles, la psoïte suppurée, l'abcès du foie.

Depuis GANGOLPHE, on connaît le rôle prépondérant de l'appendicite dans le développement des psoïtes suppurées, et on rapporte de nombreux cas d'inflammation musculaire au cours de l'appendicite aiguë.

Les cas où la situation de l'appendice a pu être notée montrent une forte proportion de positions rétro-cæcales. Dans un grand nombre de cas, la barrière aponévrotique qui recouvre le psoas a été perforée par un orifice d'environ 1 centimètre de haut sur 5 à 6 millimètres de large, taillé comme à l'emporte-pièce et siégeant en un point toujours le même, correspondant à la partie supérieure de l'interstice entre le muscle psoas et le muscle iliaque, point où l'aponévrose est particulièrement mince. Dans certains cas, l'appendice situé sous le péritoine pariétal traverse l'aponévrose, chemine dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique au contact du muscle. On l'a même trouvé dans la fossette sous-cæcale qui s'enfonce parfois jusqu'au contact de l'os iliaque (BÉRARD et VIGNARD).

Mais il y a des cas assez nombreux où l'aponévrose n'est pas traversée et où il faut admettre une autre voie que la propagation directe. L'étude des abcès du psoas, entreprise dans ces dernières années par BAER BENNETT et NATCHLAS,

BERHMANN, INGELRANS et MINNE, SWORN, a montré la fréquence des cas de psoïte suppurée dont l'origine ne pouvait être précisée.

Les recherches anatomiques de BOLTÉ, dans le laboratoire du professeur ROUVIÈRE, permettent de faire une hypothèse vraisemblable. BOLTÉ a trouvé constamment dans l'épaisseur même du psoas des nodules ganglionnaires, homologues des ganglions intestinaux, placés en arrière ou en dedans du plexus lombaire. Quand on sait que la plupart des cas de psoïte surviennent dans le cas d'appendicites rétro-cæcales, on peut se demander s'il ne s'agit pas là d'adénophlegmons intrapsoïques, par infection de ganglions lymphatiques contaminés par la lymphe septique d'un appendice adhérent, lymphe qui emprunte des néo-vaisseaux lymphatiques pour atteindre ces ganglions. Hypothèse, sans doute, mais si on admet les adénites iliaques externes, et elles ne sont pas discutables, on peut au moins considérer la possibilité d'adénites suppurées intrapsoïques. Cette hypothèse manque de preuves nécropsiques, bien que la plupart des auteurs aient noté au cours des psoïtes vues avant la destruction totale du muscle, la fréquence des foyers suppurés intra-musculaires.

Les abcès du foie au cours de l'appendicite aiguë sont une complication rare et redoutable, dus à la phlébite extensive de la veine iléo-cæcale puis de la veine porte. Les autopsies ont démontré la présence dans les troncs veineux de caillots infectés et la voie veineuse est dans l'immense majorité des cas la voie de l'infection.

Les veines iléo-cæcales, la veine mésentérique et la veine porte, dans toutes les observations, sont signalées en rapport avec des ganglions lymphatiques tuméfiés, suppurés souvent qui sont comme la phlébite le témoin de l'infection appendiculaire. Il y a des cas exceptionnels d'abcès du foie sans pylé-phlébite, tels les cas de FRANÇOIS et MOURE, de STOIA et TEODORESCU.

Obs. de FRANÇOIS et MOURE. — La malade dont nous présentons les pièces est entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur L^E DENTU, suppléé par M. MORESTIN, le 14 juillet 1903, pour une appendicite aiguë. Le début remonte au 11 juillet, le malade fut pris brusquement de violentes coliques disséminées dans tout l'abdomen, de vomissements et de frissons. Le lendemain, les mêmes symptômes persistent et s'aggravent, les urines sont rares, le facies mauvais. Le 14 au matin, le malade entre à l'hôpital.

En l'examinant, nous constatons que le ventre est très douloureux à la palpation, avec maximum net dans la fosse iliaque droite, la paroi est contracturée, il y a peu de ballonnement, le pouls est à 110, la température à 39°4.

Pendant la soirée et la nuit, il y a eu plusieurs frissons, la veille au soir il a rendu quelques selles diarrhéiques à la suite d'un purgatif, pris avant son entrée. La langue est sèche, le facies tiré. Néanmoins, le malade n'accuse aucune douleur. Au cours de notre examen, un frisson se produit, la température rectale à ce moment accuse 40°.

En présence de cet état, nous décidons d'intervenir immédiatement :

Incision de Roux : Après avoir traversé la paroi, nous trouvons un gâteau épiploïque violacé, accolé à une anse grêle ; en soulevant ce gâteau, un flot de pus d'odeur infecte jaillit, le doigt introduit dans la cavité plonge vers l'excavation pelvienne. Nous y introduisons un gros drain. L'appendice n'étant pas visible dans le foyer, nous n'en poursuivons pas la recherche.

Cette intervention ne fut suivie d'aucune amélioration bien sensible ; il y eut une légère détente le soir et le lendemain ; mais dès le 3^e jour, malgré le sérum, malgré les injections intraveineuses de collargol, de nouveaux frissons violents se produisirent avec des ascensions thermiques à 40, 41, et 41°4.

L'exploration de l'abdomen était néanmoins absolument négative, le foyer appendiculaire bien drainé était à peu près tari au 6^e jour, le ventre était souple et absolument indolore, grâce aux injections de sérum quotidiennes, le malade urinait de 800 à 1.000 grammes par jour, sans albumine. Au 8^e jour, en examinant l'abdomen, nous constatâmes une augmentation sensible de la matité hépatique. Ce signe se manifesta les jours suivants sans

s'accroître ; il n'y eut à aucun moment trace d'ictère, ni de pigments biliaires dans les urines.

A partir de ce moment, l'état du malade s'aggrava rapidement, il maigrit considérablement. Chaque jour, de violents frissons suivis de sueurs profuses survenaient, la température s'élevait à 40° le soir, pour baisser à 37° ou à 36°5 le matin. Le 5 août survint une légère hémorragie intestinale. Le 6 août, le malade succombait.

Autopsie : La cavité péritonéale contenait de 200 à 300 grammes de liquide citrin.

Le foyer appendiculaire est complètement isolé de la grande cavité par des adhérences épiploïques et coliques. L'appendice, comme le reste de l'intestin, est d'une coloration blanc-jaunâtre, il présente une cicatrice noirâtre à son sommet.

Le foie est énorme, il pèse 2 kg. 400. Il est d'une consistance demi-molle. diffuente. Sa surface est parsemée d'îlots noirâtres, plus ou moins acuminés et ramollis à leur centre.

A la coupe, un pus blanc crémeux s'écoule de très nombreux abcès, disposés en logettes dans le parenchyme hépatique et affectant le type classique aréolaire. Dans certaines logettes, le pus est franchement jaunâtre.

Au niveau du hile, de très nombreux ganglions sont hypertrophiés, le tronc et les branches de la veine porte sont intacts.

Dans le mésentère, depuis l'angle iléo-cæcal jusqu'au pancréas, on trouve une série de ganglions échelonnés, très gros et complètement ramollis ; à la coupe, il s'en écoule un pus plus ou moins concret. La veine mésentérique supérieure paraît libre.

Le pancréas sur la tête duquel vient se terminer la traînée ganglionnaire mésentérique présente à ce niveau une coloration noirâtre et un peu d'induration, le reste de l'organe est sain.

La rate est grosse ; elle pèse 250 grammes. Dans l'épiploon pancréatico-splénique, nous trouvons de nombreux ganglions hypertrophiés.

Les reins présentent des lésions congestives simples.

L'observation de STOIA et TÉODORESCU est superposable.

Obs. de STOIA et TÉODORESCU. — Le 24 décembre 1932 entre

dans notre service I. D..., commerçant de 34 ans, qui se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite, dans l'hypogastre et dans la fosse iliaque gauche. Constipation, inappétence, état typhique.

Antécédents : Père mort d'une maladie de cœur, mère morte de cancer gastrique, frères et sœurs en bonne santé. Le malade lui-même a été atteint de paludisme, il a eu la diphtérie, une blennorrhagie il y a 17 ans, guérie sans complications. Il souffre souvent de constipation qu'il combat à l'aide de purgatifs.

Histoire de la maladie : Il y a 7 mois $1\frac{1}{2}$, le malade ressent pour la première fois une crise de coliques appendiculaires avec constipation, qu'il soigne par une purge : aggravation des douleurs qui cèdent à l'administration d'un lavement. La crise s'efface après une durée totale de quatorze heures.

Il y a cinq mois, deuxième crise douloureuse reproduisant le même tableau clinique que la première avec douleurs surtout marquées dans la région péri-ombilicale. Une selle spontanée amène la sédation de la crise au bout de vingt-quatre heures. Deux mois et demi après, crise semblable aux précédentes, quoique plus traînante. Le malade reste cinq jours à l'hôpital de Constantza, dont il est évacué dans le service de S. et T.

Examen : Malade de constitution médiocre, accuse des douleurs permanentes avec exacerbation dans l'hypogastre et la région périombilicale, irradiation dans les fosses iliaques droite et gauche, et dans l'hypochondre droit. Il présente un facies altéré, des lèvres légèrement cyanosées, la langue sèche, rôtie.

L'abdomen est météorisé, légère contracture pariétale dans la fosse iliaque droite ; au palper, douleur généralisée à tout l'abdomen. Etat saburral des voies digestives. Rien au toucher rectal.

Matité hépatique étendue du niveau de la 5^e côte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal sur la ligne mamelonnaire. Le point cystique et la zone pancréatico-duodénale sont douloureux à la palpation. Rate et reins normaux.

Matité aux deux bases pulmonaires jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Vibrations vocales disparues, murmure vésiculaire complètement aboli. Dyspnée modérée : 20 à 25 respirations par minute. Cœur normal : poulx à 118 bien frappé.

Les pupilles sont égales, réagissent bien à la lumière et à la distance. Réflexes ostéo-tendineux conservés. Réflexe musculaire abdominal réagit faiblement à gauche, on ne l'observe pas à droite.

Le malade asthénique répond avec difficultés aux questions. Il se trouve dans un état de tuphos. Il a quelques frissons. Température 38°. Formule leucocytaire : leucocytose avec polynucléose. Séro-réaction de Widal négative. Hémoculture négative. Urée : 0,37. La ponction de la plèvre droite ramène un liquide purulent. On procède à la résection costale au niveau de la 9^e côte. On ponctionne encore une fois et on ne ramène plus de pus. On renonce à la pleurotomie.

Trois jours après l'admission, les frissons ont disparu. L'état général semble amélioré. On fait un abcès de fixation qui prend bien. Mais trois semaines après l'intervention, l'état général s'aggrave, le malade tombe dans le coma. Il survient des phénomènes d'insuffisance hépatique auxquels le malade succombe trois semaines et demi après son entrée à l'hôpital.

Protocole de l'autopsie : Cadavre émacié, réduction du tissu cellulo-adipeux.

Cavité thoracique : Poumon droit : 400 grammes. Poumon gauche : 320 grammes, avec légères adhérences de la base, surtout à droite. Pas d'autre lésion. Cœur : 350 grammes, flasque, environ 60 centimètres cubes de liquide séro-citrin dans le péricarde.

Abdomen : Les anses intestinales sont normales. Dans la région œco-appendiculaire, cæcum légèrement adhérent, appendice rétro-cæcal adhérent, congestionné, légèrement hyperémique sur les deux centimètres cubes de la pointe. Les ganglions cæcaux mésentériques ont leur centre en bouillie purulente. Dans toute l'étendue de la racine du mésentère, des traînées purulentes relient les ganglions lymphatiques remontant jusqu'aux ganglions hilaires du foie, jusqu'au parenchyme hépatique où se trouvent de nombreux abcès. Aucune collection rétro-gastrique.

Foie : 1.900 grammes, très augmenté de volume. A la coupe, on constate que le parenchyme est occupé en grande partie d'abcès de différentes tailles réduisant beaucoup la substance hépatique qui est congestionnée avec dégénérescence graisseuse. Aucune inflammation vésiculaire. Rate diffluyente. Reins qui montrent un aspect de néphrite épithéliale. Pancréas congestionné.

Des frottis de l'appendice, des abcès du foie, et des ganglions mésentériques montrent la même flore d'origine intestinale. Une coupe de l'appendice montre l'inflammation de la muqueuse et de la sous-muqueuse, siège d'une infiltration leucocytaire, glandes

en état de prolifération ; l'infection n'atteint pas la musculieuse ni la celluleuse.

Le mode de propagation de l'affection appendiculaire au foie est discutable. L'observation de FRANÇOIS et MOURE note l'intégrité des veines mésentériques, l'observation de STOIA et TÉODORESCU, sans le dire précisément, le suppose, car dans les commentaires dont ces auteurs font suivre leur observation, ils rapprochent leur cas du cas précédent et insistent sur la rareté d'une telle pathogénie.

Comment expliquer ces cas ? Pour WALTER SALLIS, la communication directe ne fait aucun doute, et ces conclusions peuvent être confrontées avec le résultat des recherches de BRAITHWAITE qui, sur le vivant, a pu, dans certains cas, montrer l'injection des ganglions du hile du foie après piqûre de l'appendice. Il est plus vraisemblable que dans les cas rapportés plus haut, comme le pense le professeur ROUVIÈRE, il y ait eu infection directe des ganglions mésentériques, puis infection par voie rétrograde vers le foie.

Quant au rôle de l'adénite dans le développement des phlébites, nous ne la discuterons pas. KELLY rapporte un cas d'abcès du foie consécutif à une pyléphlébite suppurée et il ne trouve d'altérations sur la veine iléo-cæcale qu'à partir du point où elle est entourée de ganglions lymphatiques infectés ; il invoque dans certains cas une origine mixte, lymphatique et veineuse, dans l'étiologie des abcès du foie.

LES ADÉNOPATHIES MÉSENTÉRIQUES APRÈS APPENDICECTOMIE

RICARD, à la Société de Chirurgie, rapportait en 1900 l'observation suivante :

Obs. de RICARD. — Il s'agit d'un malade opéré d'urgence dans mon service par M. BEURNIER pour une appendicite avec 38°5 et des accidents de subictère. A la suite de l'intervention, il sortit de mon service guéri en apparence, mais rentra bientôt chez NÉLATON avec les mêmes accidents de subictère. NÉLATON ne l'opéra pas ; il revint alors chez moi. Je l'envoyai chez MATHIEU qui me le renvoya, disant que l'appendice n'avait pas dû être enlevé. Je l'opérai, ayant eu la main forcée par des accidents très graves bien que, d'après mes renseignements, l'appendice dut avoir été certainement enlevé. Je trouvai alors une chaîne ganglionnaire infectée, remontant de son appendice vers le foie : les deux premiers ganglions étaient augmentés de volume et contenaient du pus. J'extirpai quatre ou cinq ganglions. Il est probable que les accidents étaient dus à la présence de ces ganglions, infectés lors de la première crise d'appendicite. Le malade est en bonne voie de guérison au huitième jour : dès le lendemain la température était revenue à la normale.

Dans la même séance, MICHAUX communiqua qu'il avait vu un cas analogue d'adénite inflammatoire tardive. Les accidents nécessitèrent l'ablation des ganglions qui contenaient les mêmes microbes que ceux qui avaient été trouvés lors de l'opération d'appendicite.

Ces deux observations, pour exceptionnelles qu'elles soient, représentent au niveau de l'abdomen un phénomène banal au niveau des membres, l'adénite inflammatoire qui survient longtemps après la guérison complète du foyer primitif ; elles sont encore plus probantes, car le foyer primitif avait été supprimé de sorte qu'on ne peut parler d'infection subaiguë du foyer originel. Les deux observa-

tions de RICARD et de MICHAUX furent sans doute oubliées, et depuis 1909 nous n'avons pu relever que cinq observations semblables qui permettent néanmoins d'établir deux formes cliniques d'adénite post-appendiculaire, la forme aiguë et la forme subaiguë.

L'observation de FOLLIASSON et FAYOLLAT, présentée en 1935 à la Société Nationale de Chirurgie, représente le type des accidents aigus.

Obs. de FOLLIASSON et FAYOLLAT. — Paul M., 9 ans, est opéré d'urgence, le 18 avril 1934, pour appendicite aiguë à la 24^e heure. A l'ouverture du péritoine, issue de pus non fétide ; l'appendicite sous-cæcal est enlevé en bloc avec la frange épiploïque qui y adhère. Assèchement du Douglas, et ablation de placards fibrineux fixés sur les derniers centimètres de l'iléon. L'examen de l'appendice montre au niveau de sa pointe une perforation lenticulaire masquée par la frange épiploïque ; on note aussi la présence d'un volumineux calcul stercoral ; la muqueuse appendiculaire est entièrement sphacélée.

Les suites opératoires sont sans incidents notables : l'enfant quitte la clinique le septième jour.

Le 18 juin 1934, deux mois, jour pour jour, après la première intervention, cet enfant ressent à 9 heures du matin une douleur atroce à l'épigastre et dans la région ombilicale. Trois vomissements porracés abondants dont le premier contient quelques filets de sang. Température 38°4, pouls 120, facies péritonéal. Transporté immédiatement à la clinique, l'enfant est très agité et donne l'impression de souffrir de façon atroce. Le visage est décoloré, les yeux excavés, le nez pincé.

L'abdomen est rétracté et ne suit pas les mouvements respiratoires. La cicatrice de la première intervention présente en son milieu un bourgeon charnu de coloration grisâtre ; elle est entourée de quelques points de folliculite. A la palpation, la défense est généralisée à toute la paroi. Le maximum de la douleur provoquée siège dans la région ombilicale et à l'épigastre. A la percussion, sonorité de timbre normal, la matité hépatique est respectée. Pas de contractions péristaltiques visibles sous la paroi. Le toucher rectal montre une très vive sensibilité du Douglas. La température est passée de 28°4 à 39°5 et le pouls de 120 à 130 ; la respiration est rapide, super-

ficielle ; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni corps cétoniques.

Nous sommes très embarrassés pour porter un diagnostic précis. En raison des suites normales de l'appendicectomie, nous éliminons la péritonite par diffusion d'un abcès résiduel post-appendiculaire. La rétraction de la paroi, l'absence de contractions péristaltiques permettent de rejeter l'hypothèse d'une occlusion intestinale basse. Nous posons l'indication opératoire en songeant soit à une occlusion haute par bride inflammatoire, soit à un infarctus intestinal (douleur soudaine et atroce), collapsus rapidement progressif, présence d'un peu de sang dans les vomissements, signes physiques qui ne sont ni ceux d'une occlusion basse, ni ceux d'une péritonite aiguë.

Intervention une heure après l'arrivée de l'enfant. Laparatomie médiane centrée par l'ombilic. Le péritoine pariétal a une coloration ecchymotique rappelant celle qu'on observe lors des laparotomies pour grossesse tubaire rompue. Cet aspect est dû à une congestion intense. Le grand épiploon est lui aussi très fortement congestionné. Les anses grêles sont de calibre normal, mais très vascularisées ; le mésentère participe à cette congestion et est « bourré » de ganglions très volumineux (atteignant parfois le volume d'une grosse prune) de couleur rouge foncée, et de consistance ferme et élastique. Le cæcum adhère à la paroi abdominale antérieure par des brides très larges, rouges, glutineuses et se laisse facilement détacher par le doigt. L'estomac, le côlon, sont congestionnés. Les ganglions sus-pancréatiques et sous-pyloriques sont très augmentés de volume. On prélève à la pipette un peu de sérosité sanglante accumulée dans le Douglas ; un drain est glissé dans ce cul-de-sac, et, après affusion des anses au sérum salé chaud, la paroi est refermée en un plan. Un coup de curette débarrasse la cicatrice d'appendicectomie du bourgeon charnu qui occupe son milieu et vide les points de folliculite avoisinants.

Bien que l'intervention ait été menée très rapidement, l'enfant est ramené dans son lit avec un pouls incomptable. Mais à 17 heures, le pouls est revenu à 124, la température est tombée de 39°4 à 38°6 ; les douleurs atroces d'avant l'opération ont cessé. Le lendemain matin, la température est revenue à 37°5, le pouls bat à 106, le facies est nettement meilleur. Par aspiration dans le drain, on retire une vingtaine de centimètres cubes de sérosité sanguinolente ; le lendemain (20 juin), ablation du drain. Le petit opéré quitte la clinique le

28 juin en excellent état du point de vue local. Il est resté longtemps pâle et amaigri, puis progressivement son état s'est amélioré et actuellement il est très bien portant (12 février 1935).

Nous avons reçu du laboratoire la réponse suivante concernant le liquide séro-hématique prélevé lors de l'intervention :

Liquide trouble, brun-rougeâtre, contenant de nombreuses hématies intactes, et quelques leucocytes plus ou moins altérés.

A l'examen chimique :

Sang : présence très marquée (environ 1/8 du total).

Pus : traces nettes.

Albumine : 40 grammes par litre, dont 5 grammes d'origine sanguine.

Réaction de Rivalta fortement positive.

Examen bactériologique : Très rares cocci à gram positif. Culture sur gélose : il se développe quelques colonies isolées de *staphylococcus*.

Etant donné l'état extrêmement précaire de l'enfant au moment de l'intervention, nous n'avons pas voulu aggraver l'acte opératoire par l'ablation (aux fins d'examen histologique) d'un des ganglions hypertrophiés. Macroscopiquement, nous le répétons, leur aspect est celui que donne l'adénite aiguë banale.

L'explication que donnent les auteurs est la suivante : le liquide péritonéal contenait du staphylocoque. D'autre part, au moment de l'apparition des grands accidents abdominaux secondaires, la cicatrice de la première incision d'appendicectomie portait un bourgeon charnu grisâtre entouré de quelques points de folliculite. Cela leur suffit pour affirmer d'une façon absolue que la lymphangite péritonéale aiguë diffuse dont était atteint leur malade, a eu une porte d'entrée pariétale. Le rapporteur, le professeur Ag. BASSET, faisait suivre cette explication des paroles suivantes :

« J'aurais voulu que cette affirmation catégorique fût développée et expliquée.

« Si elle signifie pour F... et F... que l'infection staphylococcique de la peau et du bourgeon charnu a directement et par continuité gagné les lymphatiques et ganglions du

« mésentère et de la région duodéno-pancréatique, je déclare
« tout net que je ne suis pas du tout de leur avis.

« Infection superficielle de la paroi, suivie de lymphan-
« gite *pariétale* et d'adénite *inguinale*, j'aurais compris, mais
« il ne s'agit pas de cela ici et le réseau lymphatique de la
« paroi abdominale antérieure n'a pas, que je sache, de
« connexion directe avec celui du mésentère.

« Si, au contraire, F... et F... considèrent que les lésions
« superficielles de la paroi constituaient un foyer latent d'où
« l'infection staphylococcique a essaimé au loin, comme cela
« se passe lorsque, chez un individu porteur d'un anthrax,
« on voit évoluer un phlegmon périnéphrétique, je considère
« au contraire que la chose est à la rigueur possible.

« Mais alors, pourquoi cette localisation secondaire éloi-
« gnée et inhabituelle sur le réseau lymphatique sous-péri-
« tonéal ?

« Abordant, après ROSENOW, la question de l'organotropie
« spécifique des germes, PRIBRAM écrit dans son travail : « Il
« ne semble pas douteux qu'il existe une affinité spécifique
« de certains germes pour des tissus différents de nature
« variable. Nous pouvons nous représenter facilement que
« certaines variétés de staphylocoques et de streptocoques
ont une préférence pour le tissu lymphatique.

« Peut-être est-il possible de trouver la cause des lésions
« si particulières observées par les auteurs dans la réunion
« des deux éléments suivants : affinité spéciale du staphy-
« locoque pour le tissu lymphatique, développement et
« irritabilité plus marquée de celui-ci chez un enfant qui
« avait subi récemment, du fait de son appendicite aiguë,
« une première agression inflammatoire brutale de ses vis-
« cères de la fosse iliaque droite, et des voies lymphatiques
« qui en dépendent. »

Il y a une troisième hypothèse, qui nous paraît plus vrai-
semblable encore : s'étonnerait-on après la guérison d'un
panaris de voir apparaître un phlegmon de l'aisselle ? Pour-
quoi ne pourrait-il pas en être de même au niveau des gan-

glions iléo-cæcaux ? Il semblerait que ces ganglions abdominaux jouissent de propriétés physiologiques toutes spéciales et échappent à la pathologie commune des autres ganglions. Le cas de FOLLIASSON et FAYOLLAT nous semble comparable au cas de RICARD et l'infection de la paroi abdominale nous paraît ne jouer aucun rôle dans l'apparition des accidents.

Une observation démonstrative de BORCHARD montre des accidents mortels d'origine ganglionnaire.

Obs. de BORCHARD. — ...J'ai eu mon attention attirée vers ce tableau clinique (de lymphangite mésentérique) la première fois il y a 20 ans, dans un cas opéré par moi avec le diagnostic absolu d'appendicite grave, et au cours de l'opération j'ai trouvé un appendice à peine modifié avec exsudat dans la cavité péritonéale et gonflement des ganglions de l'angle iléo-cæcal. Après l'ablation de l'appendice, la température est tombée, mais il persistait un état subfébrile et dix jours après, le malade est mort d'une péritonite aiguë. L'autopsie a montré qu'elle était due à une rupture d'un ganglion de l'angle iléo-cæcal. Donc, malgré l'intégrité de la muqueuse de l'appendice, on trouve une affection grave des voies lymphatiques qui finit par une péritonite.

Encore plus intéressante est l'observation que ROLLAND présenta à la Société de Chirurgie :

Obs. de ROLLAND (Obs. III). — Malade anciennement atteint de crises d'appendicite est opéré au cours de l'une d'elles, environ trente-six heures après le début, le 14 février 1931 : sérosité louche, appendice rétro-cæcal qui, par sa pointe, baigne dans un petit abcès. La paroi est incomplètement refermée autour d'un drain allant jusqu'à l'abcès. Le 15 février, émission de gaz, enlèvement du drain, température normale. Le 19 février au soir, la plaie se met à saigner.

A la suite d'un effort pour uriner, le malade a éprouvé une vive douleur de la région épigastrique et du flanc gauche. Il a vomi quelques glaires. De la plaie, s'échappe en bavant un peu de sang mêlé de pus fétide. Le pouls est à 84, bien frappé. La plaie nettoyée, le suintement sanguin semble s'arrêter : on a appliqué un pansement

fait de mèches imbibées d'hémostyl. Mais le pansement est bientôt taché de sang ; le pouls monte à 140, la respiration est accélérée, le ventre ballonné. Le malade éprouve une sensation de barre épigastrique ; il est très agité, anxieux. On lui injecte de la morphine. Peu après, le pouls est à peine perceptible ; le visage se cyanose, le nez est pincé. Une transfusion est pratiquée. Mais la mort survient malgré tout. La rapidité des événements, la chute brutale de l'état général n'avaient permis aucune opération.

Autopsie : L'abdomen est plein de sang et de caillots. La région cæcale est à peu près isolée de la grande cavité par un barrage épiploïque et des adhérences péritonéales, ce qui explique que le sang épanché dans le ventre ne soit venu qu'en très petite quantité à la plaie opératoire. Pas d'infarctus du côlon, ni du grêle.

Dans l'épaisseur du méso-côlon ascendant, sur le trajet de l'artère colique droite et non loin de l'angle droit du côlon, on découvre un abcès à pus noirâtre.

La cavité est à peu près du volume d'une mandarine. On y trouve, rompue, une des branches de division de l'artère colique droite et c'est la rupture de ce vaisseau qui a déterminé l'hémorragie. Les deux portions de l'artère sont rétractées. Elles ne sont pas perméables et ne semblent pas thrombosées.

En somme, la mort a été provoquée par la rupture d'une branche de la colique droite au sein d'un abcès métastatique six jours après l'opération, très simple, d'une appendicite aiguë suppurée.

Cet abcès métastatique est un adéno-phlegmon d'un ganglion paracolique, que les expériences de BRAITHWAITE ont montré recevant la lymphe appendiculaire. On ne peut pas ne pas être frappé de la gravité de ces complications ganglionnaires si peu étudiées, qui sont peut-être responsables de certaines morts post-opératoires après appendicectomie. L'examen nécropsique méthodique en ferait augmenter le nombre.

Ces deux observations de FOLLIASSON et de BORCHARD permettent d'individualiser une forme aiguë des accidents ganglionnaires post-appendiculaires. Dans certains cas, l'infection ganglionnaire se manifeste moins bruyamment et réalise une forme subaiguë.

Obs. de NOESKE. — Une domestique de 23 ans a été opérée dans un autre hôpital, il y a un an et demi, au cours d'une crise aiguë d'appendicite : appendicectomie. Avant l'opération existaient depuis assez longtemps des troubles subaigus. L'opérée continue à souffrir au cours d'un travail pénible. NOESKE a pu obtenir une guérison définitive par ablation de trois des plus gros ganglions de l'angle iléo-cæcal (ils avaient la taille d'un haricot, ganglions hémisphériques, saillants). Depuis longtemps, il existait un état subfébrile à 39 sans qu'on puisse trouver l'origine de cette température. Rien n'avait pu l'expliquer au cours de la laparotomie, que cette inflammation ganglionnaire. L'ablation des ganglions amena la disparition de la fièvre.

Cette observation soulève le problème si complexe des séquelles de l'appendicectomie, dont les statistiques montrent la fréquence diversement appréciée. De leur confrontation, on peut déduire que les suites éloignées de l'appendicectomie sont d'autant meilleures que le malade a été opéré au cours d'une crise aiguë, et dès cette première crise.

ENRIQUEZ qui a fait de ces séquelles une analyse pénétrante, distinguait deux grandes formes cliniques, une forme mécanique caractérisée par des troubles du transit due à une ptose gastro-colique avec ou sans cæcum mobile et coudure de Lane, et une forme inflammatoire ; cette forme est caractérisée par un mauvais état général, avec petite fièvre vespérale persistante, augmentant par la marche, faisant penser à la tuberculose. Localement, des douleurs spontanées, à irradiations surtout périombilicale et sous-hépatique. La douleur à la pression est maxima entre la cicatrice et l'ombilic, et à ce niveau on constate une défense de la paroi, ou une sensation de rénitence, de corde, de tuméfaction. Cette forme correspondrait à de l'épiploïte, bien connue depuis les travaux de WALTHER et de ses élèves, à des péri-appendicite, péricolites adhésives, pouvant remonter jusqu'au pylore, au duodénum, à la vésicule. Il faut sans nul doute faire place à côté de ces causes de beaucoup les plus étudiées, à l'adénite inflammatoire résiduelle.

Cette cause n'avait pas échappé à SILHOL, qui, au Congrès de Chirurgie de 1911, disait dans son rapport sur l'appendicite chronique : « Aux formes douloureuses appartiennent aussi les petits ganglions du méso : les poussées infectieuses qu'ils présentent (il en est qui arrivent à la suppuration), peuvent parfaitement simuler une attaque d'appendicite aiguë ou subaiguë. Le contenu de ces ganglions est parfois extrêmement infectieux et il faut bien se garder de les ouvrir, de les couper en posant un fil comme le recommandait JALAGUIER. Ces ganglions générateurs de tant de troubles, peuvent être la cause de douleurs post-opératoires s'ils n'ont pas été enlevés lors de l'intervention ».

C'est cette notion de lymphangite péritonéale post-appendiculaire qui a fait depuis plusieurs années l'objet des communications de PRIBRAM. Pour cet auteur, la lymphangite mésentérique chronique est à la base de toutes sortes d'affections abdominales, consécutives à une infection lymphangitique. Cette lymphangite constitue une véritable « deuxième maladie » qui va évoluer d'une façon autonome et entraîner d'autres désordres abdominaux : pancréatite, péri-cholésyste.

PRIBRAM a rapporté deux observations de ces complications lymphangitiques subaiguës après appendicite aiguë :

Obs. de PRIBRAM. — Une jeune fille âgée de 22 ans, tombe malade au mois de janvier 1927 et présente une amygdalite. Au cours de la disparition de l'angine apparaît pour la première fois une crise appendiculaire.

Opération : l'appendice présente une légère inflammation, lymphangite mésentérique dans la région iléo-cæcale. Rentre chez elle.

Revient à l'hôpital au bout de quelques semaines avec angine et douleur dans la région appendiculaire. L'angine disparaît vite. La température persiste longtemps au-dessus de 38°. Douleur à la pression de la cicatrice appendiculaire, se propageant vers la ligne médiane. Valeur des diastases dans le sang : 600. Douleur variable à la pression de la vésicule biliaire. L'examen radiographique de la vésicule biliaire montre une vésicule bien remplie qui se vide normale-

ment. Diagnostic : angine, lymphangite mésentérique, cholécystite, pancréatite. La malade est soignée par des injections de novoprotine. Amélioration générale : elle quitte l'hôpital sans troubles. Les diastases sont à 80-100.

Un homme âgé de 33 ans tombe malade avec des manifestations grippales. En relation avec ces troubles, angine cryptique. Pendant que l'angine disparaît, apparaît pour la première fois une légère douleur à la pression dans la région appendiculaire, troubles digestifs, météorisme variable, état général déficient. Sans que l'on puisse parler de crise d'appendicite tout à fait nette, la douleur dans la région appendiculaire diminue par le repos au lit et l'application de chaleur, sans disparaître complètement. Le malade se lève malgré son état déficient, obligé par sa profession. Après une altération nouvelle de l'état général, apparition d'une douleur nette à la pression dans la ligne médiane irradiant à gauche. Dans les urines, les diastases augmentent progressivement, oscillant pendant plusieurs jours autour de 300, pour disparaître complètement. En opposition avec les cas cités plus haut, la région vésiculaire reste tout à fait indolore.

En l'absence de preuves anatomiques, il est difficile d'être assuré de la vérité de ces hypothèses. Néanmoins, puisqu'on admet qu'il peut se développer dans l'abdomen des foyers adhérentiels, les brides épiploïques, des poussées de péritonite chronique localisée, lorsqu'il existe dans la fosse iliaque droite l'appendice enflammé, centre d'émission de germes pathogènes, on peut admettre que ce rôle nocif puisse être tenu par une adénopathie inflammatoire dont quelques observations rares mais indéniables prouvent l'existence.

Une conclusion pratique est à tirer de ces faits, dont l'étude ne peut que confirmer l'avis de la Société de Chirurgie, se rangeant à l'opinion de notre Maître le professeur Pierre DUVAL : « Toute appendicite aiguë doit être opérée dans les vingt-quatre heures. » En dehors des accidents dus à la suppuration à ou la perforation de l'appendice lui-même, on ne peut pas négliger l'infection ganglionnaire. Plus on

attend, plus on laisse se développer l'infection lymphangitique : les ganglions du mésentère s'infectent successivement et cette expectative malheureuse non seulement aggrave le pronostic immédiat, mais est susceptible de grever le pronostic éloigné en laissant persister des foyers ganglionnaires inflammatoires, sources d'accidents précoces et tardifs. Au cours même de cette appendicectomie précoce, il paraît logique d'enlever avec l'appendice la plus grande partie de son méso dont les recherches anatomiques de LEVIN, les recherches bactériologiques de GALLI, ont montré la constante inflammation. Il y a là, à côté de l'appendice, un autre foyer inflammatoire, dont il ne faut pas exagérer la virulence sans doute, mais dont il serait préférable de pratiquer l'exérèse, si aucune difficulté technique ne la rend dangereuse.

DEUXIÈME PARTIE

L'ADÉNOLYMPHITE MÉSENTÉRIQUE
AIGUE

INTRODUCTION

Il règne une grande confusion dans le chapitre des affections ganglionnaires aiguës de l'abdomen, car beaucoup d'auteurs dans leurs travaux décrivent sous le nom de lymphadénite aiguë des cas de tuberculose ganglionnaire.

D'autre part le terme de lymphangite péritonéale couramment employé est impropre, car on pourrait imaginer l'affection comme une rougeur réticulée du péritoine, comparable à la lymphangite des membres, alors que dans les cas publiés il y a toujours adénopathie inflammatoire : l'élément ganglionnaire l'emporte sur l'élément tronculaire et le terme d'adénolymphite aiguë est plus exact et plus descriptif.

Enfin, dernière cause d'erreur, les auteurs ne font pas toujours la différence entre les adénopathies localisées à un segment du mésentère — et c'est presque toujours l'angle iléocæcal —, et les adénopathies généralisées à tous les ganglions mésentériques. Nous n'étudierons dans cette thèse que les adénopathies aiguës segmentaires surtout iléo-cæcales que nous séparons absolument de l'adénopathie généralisée du mésentère, décrite par les auteurs allemands sous le nom d'hyperplasie mésentérique.

Cette hyperplasie mésentérique a fait l'objet des travaux de HEUSSER, GULEKE, SENNELS, HEILMAN qui décrivirent entre 1923 et 1925 une « nouvelle » entité anatomo-clinique.

Cette affection, dont ils ont rassemblé plus de 200 cas, frappe surtout les enfants et les jeunes gens.

Pour HEUSSER, il s'agit d'une hyperplasie primitive des ganglions mésentériques comparable à la tuberculose primitive des ganglions, sans altération intestinale. GULEKE cri-

tique cette conception d'adénopathie primitive bien qu'il n'ait pas observé non plus de lésions intestinales dans ses cas, non plus d'ailleurs que SENNELS. Pour lui, il s'agit d'adénopathie secondaire à des lésions intestinales inapparentes à l'intervention. Si les auteurs diffèrent sur les conceptions de la nature de la maladie, ils concordent sur sa description anatomo-clinique : ganglions gris ou roses de la taille d'un haricot à celle d'une amande ; pas de signes de tuberculose, pas de caséification ni de crétification.

Microscopiquement desquamation du sinus « catarre du sinus », hyperplasie lymphoïde, quelquefois centres germinatifs secondaires. Il n'y a pas de lésions inflammatoires aiguës, pas de périadénite, pas de réaction péritonéale. Enfin l'examen bactériologique du ganglion est négatif, la culture reste stérile (sauf dans 2 cas de HEUSSER), l'inoculation au cobaye est négative, en un mot pas de tuberculose.

Quant à la symptomatologie de l'affection elle est diversement décrite.

HEUSSER considère que l'hyperplasie mésentérique a un tableau clinique caractéristique, qui lui a permis souvent de la diagnostiquer : douleur légère dans la fosse iliaque droite ou dans la région périombilicale, quelquefois à droite de l'ombilic au-dessus et en dedans du pont de Mac Burney, au point K de KUMMEL. Parfois c'est à gauche de l'ombilic ou au-dessus. GULEKE refuse toute unité clinique à l'affection, il dénie tout signe clinique particulier, néanmoins, la douleur sous ou périombilicale peut faire penser à l'affection. SENNELS pense que l'hyperplasie mésentérique se manifeste par un tableau d'appendicite chronique ou subaiguë.

Mêmes divergences, quant à l'étiologie de l'affection : HEUSSER l'attribue aux parasites intestinaux, oxyures, ascaris, trichocéphales, qui déterminent des ulcérations intestinales. GULEKE et SENNELS n'en sont pas sûrs, et pour GULEKE c'est plus par spasmes intestinaux que par hyperplasie ganglionnaire que l'affection est douloureuse.

Les critiques n'ont pas manqué à cette conception de l'hy-

perplasie mésentérique et surtout à son étiologie : tout d'abord il est hasardeux de créer une entité morbide sur la constatation opératoire d'une tuméfaction généralisée des ganglions mésentériques, on n'a pas de critère précis de la taille normale des ganglions du mésentère et les travaux d'HELLMAN ont montré la fréquence des variations chez des sujets exempts d'affection intestinale.

Un autre auteur, HELLMAN, a noté qu'au point de vue histologique il est difficile de noter le moment où l'hyperplasie devient pathologique et il considère qu'il s'agit d'une modalité particulière de réaction physiologique des ganglions infantiles, caractérisés par l'apparition de centres germinatifs, de nodules secondaires de FLEMING. Les modifications ganglionnaires sont plus nettes sur les ganglions de la racine du mésentère que sur les ganglions qui bordent l'intestin, constatation peu en faveur de l'origine intestinale de l'affection. D'autre part, si on compare l'état des ganglions aux réactions que détermine dans les ganglions du mésentère, la diphtérie, type de la toxémie, on ne peut pas s'empêcher de l'attribuer à une action toxique, d'origine générale. Enfin, en 1929, BATT rapporte plusieurs cas d'hyperplasie mésentérique, adipeuse très particulière, et il attribue cette affection à un trouble du métabolisme des lipides, associé aux vomissements acétonémiques.

Il semble que dans bien des cas d'hyperplasie mésentérique il s'agisse d'une découverte opératoire de ganglions subnormaux chez des malades souffrant d'une affection abdominale non déterminée, qu'on a attribuée à la tuméfaction ganglionnaire.

Aussi nous éliminerons absolument les adénites généralisées pour n'étudier que les cas, où à l'intervention on a constaté une tuméfaction régionale des ganglions mésentériques, affection que nous décrirons sous le nom d'adénolymphite mésentérique aiguë. Notre étude sera basée sur 94 observations.

Étiologie

L'adénolymphite mésentérique aiguë est une affection de l'enfance et de l'adolescence. Sur 82 observations où l'âge est précisé on note :

de 1 à 5 ans.....	13
de 6 à 10 ans.....	30
de 11 à 15 ans.....	17
de 16 à 20 ans.....	10
de 21 à 25 ans.....	6
au-dessus de 25 ans.....	6
	82

L'âge minimum est 8 mois, l'âge le plus avancé 40 ans. Dans près de 80 % des cas, le malade a moins de 16 ans. On sait la plus grande fréquence des réactions ganglionnaires chez les enfants, fait clinique qui correspond au très grand développement chez eux du système lymphatique, follicules clos et ganglions. Les deux sexes sont inégalement frappés : sur 67 observations utilisables il s'agissait 41 fois de garçons et 26 fois de filles.

On ne met pas en évidence d'autres circonstances étiologiques sinon peut-être la fréquence des affections des voies respiratoires supérieures, des angines point sur lequel nous reviendrons et dont nous étudierons la valeur au point de vue diagnostique et pathogénique.

ÉTUDE CLINIQUE

Avant d'étudier la symptomatologie de l'adénolymphite mésentérique aiguë, nous relaterons une observation inédite, due à l'obligeance du docteur HARTGLAS.

Obs. d'HARTGLAS. — M. Jean Gaston, 2 ans. L'enfant est souffrant depuis une quinzaine de jours environ. Le début de l'affection a été marqué par quelques douleurs vagues dans le ventre, surtout au niveau de la région épigastrique. Quelques jours après le début, l'enfant a un vomissement liquide. Pas de fièvre, pas d'amaigrissement. L'enfant va régulièrement à la selle.

Il y a 3 jours, vomissements constants, l'enfant ne tolère aucune alimentation, douleurs abdominales plus vives.

A l'entrée à l'hôpital, douleurs dans la région épigastrique, on a l'impression de sentir une masse transversale. Vomissements, réaction méningée discrète, ébauche de Kernig, raideur de la nuque : la ponction lombaire prélève un liquide céphalo rachidien normal.

Examen radiologique de l'abdomen : lavement baryté : image vacuolaire de la région cæcale.

Intervention immédiate. — Incision de Mac BURNEY. L'appendice est gros, caché par un voile d'adhérences. La partie terminale du grêle est légèrement dilatée sur vingt centimètres. Le reste du grêle est normal. Pas de diverticule de Meckel. Pas d'œdème du cæcum ou du grêle pouvant être le témoin d'une invagination désinvaginée. Dans l'angle iléo-cæcal et la racine du mésentère, très nombreux ganglions très augmentés de volume. A part ces lésions, aucune trace d'autres altérations pathologiques des viscères abdominaux.

Ablation de l'appendice et de deux ganglions mésentériques, un pour examen histologique, l'autre pour examen bactériologique.

L'enfant guérit rapidement sans complications post-opératoires.

Examen de l'appendice : parois très épaisses. Folliculite hypertrophique. Épaississement de la séreuse, appendicite chronique non tuberculeuse.

Examen des ganglions : adénite aiguë non tuberculeuse.

L'inoculation au cobaye a été négative.

Cette observation est caractéristique de l'affection et c'est la collection de 93 cas analogues qui nous ont permis de décrire le tableau clinique de l'adénolymphite mésentérique aiguë.

Le signe de début de l'affection est avant tout la douleur abdominale, accompagnée parfois de nausées, de vomissements, plus rarement c'est une sensation de malaise avec fièvre.

Les malades atteints d'adénolymphite mésentérique dans la plupart des cas, ont déjà présenté des crises douloureuses analogues, quoique moins violentes. Depuis un temps variable, un an, six mois, ils souffrent par intervalle de douleurs épigastriques, de douleurs dans la fosse iliaque droite, ils ont été soignés pour dyspepsie, pour appendicite chronique. Chez quelques-uns d'entre eux, ces crises coïncident avec des infections légères des voies respiratoires supérieures ou leur succèdent. Mais ces crises ont été de brève durée, quelquefois une à deux heures, un jour. Ces douleurs peuvent avoir été sourdes pendant quelques jours puis avoir disparu. Quelque soit leur type, il faut noter la fréquence des antécédents douloureux, dans 55 cas sur 94.

Les douleurs dont se plaint le malade dans la majorité des observations ont débuté dans la fosse iliaque droite et y demeureront. Assez souvent elles siègeront au niveau de la région ombilicale constituant les classiques coliques ombilicales des enfants, Nabelkolik des auteurs allemands. Plus rarement les douleurs sont d'abord généralisées à tout l'abdomen, puis se localisent à la fosse iliaque droite.

Ce sont en général des douleurs peu intenses, dans quelques

cas elle sont violentes, arrachant des cris au malade, l'obligeant à se plier en deux. Elles sont continues ou plus souvent intermittentes revenant alors sous forme de crampes ou de coliques comme chez cet enfant cité par BRENNEMAN qui à chaque accès pâlisait, arrêtait ses jeux et se plaignait. Les nausées, les vomissements sont fréquents, les frissons beaucoup plus rares.

Tous ces symptômes ne surviennent pas simultanément. Si le plus souvent ils sont rapidement rassemblés, dans quelques cas le début de la maladie est lent, il se dessine une amélioration passagère puis la recrudescence de la maladie amène le malade à l'hôpital. Il y a généralement de la fièvre qui a pu dépasser 40°.

Mais ce qui prouve la bénignité du tableau clinique, en dehors de la conservation constante d'un bon état général à peine abattu par des sensations de malaise, c'est le tardif recours à un médecin. Sur les cinquante observations qui mentionnent à quel jour de l'affection le malade arrive à l'hôpital, dans cinq cas seulement c'est le premier jour, le plus souvent, 17 cas, le deuxième ; le malade peut n'arriver à l'hôpital que le troisième, le quatrième et même le dixième jour.

A l'arrivée à l'hôpital, au moment où les symptômes ont généralement atteint leur plus grande acuité, le tableau clinique n'est pas alarmant. Dans près de la moitié des cas, la température ne dépasse pas 38°, elle n'atteint jamais 40°.

Le pouls est en rapport avec la température. L'état général est bien conservé, dans deux cas cependant, quelques signes méningés qui ont rapidement rétrocedé.

A l'examen de l'abdomen qui respire normalement, n'est jamais rétracté, exceptionnellement météorisé légèrement, la palpation met en évidence la douleur à la pression plus ou moins appuyée, mais douleur constante. Elle est réveillée dans la moitié des cas dans la fosse iliaque droite, ou plus précisément au point de Mac Burney. Mais si on réserve quelques observations où elle est généralisée à tout l'abdo-

men, elle siège aussi souvent entre l'ombilic, dans deux cas seulement entre le point de Mac Burney et l'arcade crurale. Le toucher rectal retrouve parfois cette douleur à droite.

Dans un tiers des observations, cette recherche de point douloureux perçoit la contracture pariétale, toujours très discrète, résistance musculaire localisée, jamais étendue à tout l'abdomen ou à sa moitié droite. Le point où elle est la plus nette correspond au point le plus précisément douloureux.

Cette résistance pariétale rend difficile la palpation profonde, la recherche d'une masse ganglionnaire. Aussi sur les vingt malades où ce symptôme a été noté, il n'est pas étonnant que dans la moitié des cas, ce soit sous anesthésie générale seulement qu'on l'ait perçue. On sent dans la fosse iliaque droite profondément une masse arrondie, nodulaire, de la taille d'une amande, d'un œuf de pigeon, d'un poing d'enfant, masse légèrement mobile, nettement circonscrite, douloureuse lorsqu'on l'a mise en évidence sans l'aide de l'anesthésie.

Il est intéressant de noter dans près de la moitié des cas une affection aiguë des voies respiratoires supérieures. Angine érythémateuse ou érythemato-pultacée, amygdalite, compliquée parfois d'otite, de sinusite, de bronchite. La fréquence de cette infection, sa coïncidence avec le début de l'affection ne sont pas négligeables et nous verrons dans la discussion pathogénique comment on peut concevoir leur rôle dans la genèse de l'affection abdominale. Ces angines s'accompagnent d'une adénopathie cervicale satellite, mais dans aucun cas on ne rencontre des tuméfactions ganglionnaires généralisées, de la splénomégalie, de l'hépatomégalie. Les frottis de la gorge ont montré dans quelques cas du strepto, du staphylo.

Dans cette affection abdominale douloureuse, fébrile, de caractère infectieux, on a examiné le sang : numération et formule. Dans 44 cas, le nombre des globules blancs a été compté, dans un tiers des cas il oscille entre 10 et 15.000,

plus souvent encore entre 15 et 25.000 ; 4 cas dépassent 25.000 pour atteindre une fois 37.000.

Dans quatre observations remarquables par la médiocre élévation thermique qui ne dépasse pas 37°8, les leucocytes étaient à un taux inférieur à 12.000. Quant à la formule blanche, elle a été peu étudiée : cinq observations mentionnent le taux des polynucléaires : entre 72 et 90 %. Les monocytes plus souvent dénombrés sont en moyenne entre 15 et 20 %.

L'examen des urines a toujours été négatif ; enfin la radiographie préopératoire faite dix fois par STROMBECK n'a montré aucune image anormale.

Ce tableau clinique, bien que peu alarmant a presque toujours été diagnostiqué appendicite aiguë : dans les vingt observations qui mentionnent le diagnostic préopératoire, quinze fois on pense à l'appendicite, dans trois cas ce diagnostic fut fait sans satisfaire beaucoup le chirurgien, et deux fois on pensa fermement à l'adénite aiguë mésentérique. Cette confusion avec l'appendicite explique que l'intervention ait été pratiquée presque toujours le jour même de l'entrée à l'hôpital.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le tableau clinique orientant vers le diagnostic d'appendicite, on pratique une incision exploratrice dans la fosse iliaque droite, incision qui, notons-le, doit être assez grande, car les auteurs explorent cæcum et face de l'iléon, les ganglions mésentériques souvent jusqu'à la racine du mésentère. STROMBECK insiste sur le fait qu'il a régulièrement examiné le grêle jusqu'à plus d'un mètre de la valvule iléo-cæcale, pour éliminer absolument toute atteinte du diverticule de Meckel ; c'est cette méthode qui donne tant d'homogénéité à sa statistique.

La traversée des muscles pariétaux n'offre aucun point intéressant, jamais aucun des auteurs n'a noté de congestion pariétale avec vasodilatation comme on peut le noter dans des foyers inflammatoires abdominaux.

Le péritoine pariétal est normal dans le plus grand nombre, des observations, on ne note jamais cet œdème de la séreuse qui prévient d'une inflammation aiguë. Dans quelques observations on le décrit comme hyperémique (deux fois), légèrement rouge, légèrement congestionné, les auteurs s'accordent tous à ne rien noter d'anormal jusqu'à l'ouverture de la cavité péritonéale.

À l'ouverture du péritoine, s'écoule presque toujours un épanchement libre. Dans les 65 observations qui donnent des renseignements sur le contenu abdominal, l'absence de tout liquide n'est notée que neuf fois. Si on admet que les chirurgiens n'ont pas attiré l'attention sur un épanchement absent, on doit noter que dans plus de la moitié des cas, on trouve une sérosité réactionnelle.

La quantité est difficile à apprécier : dans un dixième des observations environ, on insiste sur la grande abondance de l'épanchement. Dans la plupart des cas, il n'y a qu'une assez grande quantité de liquide et souvent même on ne note que l'augmentation de l'humidité intestinale, de sorte que l'intestin extériorisé est brillant.

Ce liquide, ou l'examen bactériologique n'a révélé qu'une fois la présence de microbes gram négatif, est presque toujours séreux, clair, exceptionnellement trouble ou savonneux (PRIBRAM), une fois séro-hémorrhagique. L'abondance même de liquide réactionnel séreux a incité les auteurs allemands et surtout MELCHIOR, à tenter l'individualisation d'une « péritonite séreuse », mais c'est là une modalité de réactionnelle commune à bien des inflammations péritonéales.

Après évacuation du liquide, on extériorise l'angle iléo-cæcal et on est frappé par la présence des ganglions mésentériques tuméfiés, trait commun à toutes ces observations.

Normalement, on ne sent pas et on ne voit pas les ganglions mésentériques, et encore moins si le mésentère est gros. Les observations d'HELLMAN ont montré que les variations du tissu lymphatique étaient assez marquées et qu'il était difficile de noter le moment où un ganglion lymphatique est augmenté de volume. Ce fait très important explique que l'hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques ne peut constituer une base anatomique suffisante pour décrire une affection nouvelle.

MEAD a repris avec une louable constance, l'étude de la taille des ganglions mésentériques, ses recherches ont porté sur 50 sujets, morts de différentes affections générales, et il a examiné et pesé exactement 6.008 ganglions. On peut imaginer l'aridité de ces recherches quand on sait qu'il a dû étudier les variations de poids que la conservation dans le formol à 10 % apportait au matériel recueilli, et toutes corrections faites, il aboutit à la conclusion, que les ganglions sont d'autant plus petits qu'ils sont plus près du bord mé-

sentérique, et qu'on ne peut en général leur fixer des limites de taille et de poids. Donc, pour pouvoir dire augmentation des ganglions mésentériques il faut qu'ils soient augmentés de volume par rapport à un autre point.

Le siège de ces ganglions a été précisé dans 62 cas sur 92, en effet dans trente observations on se contente de parler de ganglions mésentériques. Dans tous les cas nettement décrits, les ganglions siégeaient dans la région iléo-cæcale (48 fois) ou dans la région iléo-cæcale et le méso appendice (14 fois).

Au niveau de l'angle iléo-cæcal, les ganglions atteints appartiennent au groupe iléo-colique, dont ils ont exactement le siège : aussi les voit-on à droite de l'artère iléo-colique, devant le cæcum, certains qui appartiennent à la chaîne cæcale postérieure sont rétro-cæcaux et ne sont perçus qu'en soulevant le cæcum, ce qui est facilité dans un cas par la présence du méso-cæcum. On note également la participation de la chaîne colique, on voit des ganglions en dedans du côlon ascendant, mais jamais très haut, enfin la chaîne appendiculaire est intéressée dans un quart des cas, ainsi que la chaîne iléale. De nombreuses observations décrivent une tuméfaction des ganglions iléaux sur les 20 à 30 derniers centimètres du grêle, alors que plus haut les ganglions ne sont plus perceptibles même à la palpation.

L'atteinte du groupe iléo-cæcal diffuse en haut et à gauche et on peut sentir dans la racine du mésentère une chaîne tuméfiée qui dans certains cas remonte jusqu'au niveau de l'aorte, jusqu'au duodénum.

Malgré un tel étalement de la réaction ganglionnaire, elle pourrait passer inaperçue car de nombreuses observations notent que le premier ganglion iléo-cæcal enflammé ne siège qu'à 3-4 centimètres du cæcum, ou encore que l'état adipeux du mésentère le dissimule.

Les ganglions sont souvent nombreux, « pléiade », douze dans un cas, séparés les uns des autres, sans périadénite dans la plupart des observations, parfois au centre d'un œdème

gélatineux, dans quelques cas rares, ils sont conglomérés en un « gâteau », mais il n'y a jamais de fusion entre eux, il semble qu'il s'agisse plutôt de ganglions très nombreux et serrés, formant une masse nodulaire, dont on peut facilement enlever un élément. Le péritoine qui recouvre ces ganglions est normal, jamais plus hyperémié que le péritoine voisin, il n'adhère pas aux ganglions. Le tissu sous péritonéal est œdématié.

La taille de ces ganglions est variable. En général ils atteignent la taille d'une noix (21 cas), d'une coque d'amande, plus rarement ce sont des noisettes ou de gros haricots, ils ont exceptionnellement le volume d'un œuf de pigeon. Souvent dans le même groupe, la tuméfaction est variable, les ganglions cœcaux sont généralement les plus gros, les ganglions iléaux ou appendiculaires moindres. Enfin quand les ganglions sont agglomérés ils forment une masse qui peut atteindre le volume d'un poing d'enfant. Dans ce cas, la tumeur à la taille d'une orange et les ganglions iléaux sont en taille décroissante sur un mètre d'intestin grêle. Dans tous les cas où on a senti nettement une masse abdominale à la palpation sans anesthésie, l'amas ganglionnaire atteignait le diamètre d'un œuf, d'un poing, d'une orange.

Ces ganglions sont de couleur gris-rouge ou rosée, fermes à la palpation, résistants, quoique sans induration, leur consistance est élastique. Plus rarement et sans qu'on puisse nier leur caractère inflammatoire prouvé par la biopsie, ils sont plus mous, moins rouges, d'un aspect humide et brillant.

Ces caractères macroscopiques d'adénite sont confirmés par les recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques. A la coupe, les ganglions sont fermes, homogènes, semi-transparents, jamais blanchâtres, ils sont œdémateux et laissent sourdre du liquide. L'examen histologique a été fait 36 fois : dans les cas les plus légers, on trouve des modifications circulatoires d'ordre inflammatoire, la tuméfaction de l'appareil réticulaire avec hyperplasie des follicules lymphoïdes, la desquamation du sinus perifolliculaire (catarrhe du sinus des

allemands) enfin des signes d'adénite aiguë pouvant aller jusqu'à l'infiltration de polynucléaires et la formation de micro-abcès.

Jamais, même dans les ganglions qui, macroscopiquement, étaient peu inflammatoires, on n'a mis en évidence des cellules géantes, de bacille de Koch. L'inoculation au cobaye faite quatre fois, a été négative. Fait plus important, on a pu dans quelques cas obtenir sur les coupes histologiques des colorations de germes pathogènes ; on sait que ce n'est pas irrécusable, on a accusé les manipulations des coupes au cours des différentes techniques histologiques, de souiller secondairement les préparations ; aussi pour prévenir cette objection, PRIBRAM, JENNINGS, MARSHALL, GOLDBERG et NATANSON, prélevant avec de très grandes précautions d'asepsie un ganglion et en cultivant le contenu, ont mis en évidence le colibacille, le streptocoque. Les cas positifs sont encore peu nombreux, mais PRIBRAM note « De la rareté relative des cultures positives dans les ganglions mésentériques, on ne peut à mon avis tirer aucune conclusion. Je rappelle que les ganglions régionaux inflammatoires qui appartiennent à un territoire très inflammatoire ne sont pas si rarement stériles à la culture. Dans les vésicules inflammées, souvent la bile est stérile, la paroi vésiculaire infectée dans une proportion élevée de cas donne des cultures négatives ».

Tel est le substratum anatomique des adénites aiguës mésentériques : existence indiscutable de ganglions mésentériques inflammatoires non tuberculeux.

Théoriquement, toute adénite inflammatoire est secondaire à une infection dans le territoire dont les lymphatiques gagnent les ganglions atteints.

La fréquence de l'appendicite est si grande que la première recherche dans les inflammations de la fosse iliaque droite est celle du vermium. Or, et c'est un fait sur lequel insistent tous les auteurs, l'appendice ne présente pas de lésions susceptibles d'expliquer les symptômes. Rarement, sa séreuse est congestionnée, mais pas plus que la séreuse des organes

voisins, il est plein, non pas tuméfié par épaissement de ses parois, mais gonflé par un contenu liquide. Dans presque tous les cas il est libre, quelquefois fixe par des adhérences anciennes blanchâtres ou vélamenteuses à la fin de l'iléon, ou au cæcum. Dans un cas où le cæcum est très haut il est ascendant, coudé et adhérent à la veine porte.

L'appendice est enlevé et souvent au cours même de l'intervention il est ouvert, on connaît des cas d'appendicite authentique où l'organe ne présentait extérieurement aucune modification morphologique. Mais dans les cas qui nous occupent, l'appendice ouvert ne montre que peu de lésions, quand il y en a.

La muqueuse peut être tuméfiée, néanmoins sans exsudats purulents, sans ulcérations, souvent même elle n'est modifiée que dans la partie proximale de l'appendice comme si il s'agissait de la propagation par voie muqueuse d'une inflammation cæcale. L'examen histologique montre rarement de lésions aiguës : si on admet avec ASCHOFF comme signes de lésions aiguës, les infiltrats cellulaires de la musculuse, aucun des cas rapportés ne présente de tels aspects histologiques : dans certaines observations on note « hyperplasie des follicules, plus grande abondance du tissu lymphoïde, épaissement de la séreuse, parfois même atrophie muqueuse ». Fait important, dans les cas où l'opérateur a noté la tuméfaction et l'inflammation des ganglions du méso-appendice, cas dans lesquels on pourrait s'attendre à des lésions appendiculaires, l'appendice est normal tant par sa face séreuse que par sa face muqueuse.

L'examen des autres segments du tube digestif dont les lymphatiques atteignent les ganglions iléo-cæcaux a montré par contre des lésions fréquentes et intéressantes.

On rencontre des altérations iléales 27 fois sur les 51 observations qui mentionnent l'état de l'iléon, donc plus de la moitié des cas. Elles portent sur la partie terminale de l'iléon, généralement sur 10 à 20 centimètres, mais pouvant remonter jusqu'à 50 centimètres. En général les altérations

sont d'autant plus prononcées qu'on se rapproche de la jonction iléo-cæcale, et vont en décroissant régulièrement et en remontant l'iléon. Leur limite supérieure est difficile à préciser, dans quelques cas les lésions se terminent par une ligne nette.

Les altérations sont de degré variable, nous ne retiendrons pas les cas où l'iléon est rouge comme les organes avoisinants. Souvent cette hyperémie s'accompagne de distension iléale. Dans les cas les plus nets, l'iléon est très congestionné et œdémateux, sa manipulation détermine des ecchymoses sous-séreuses. Il apparaît comme un tube rigide, dans une observation on le compare à un tube de caoutchouc. Il est distendu, et comme le remarque STROMBECK quand cette distension porte sur les tout derniers centimètres de l'iléon, on a l'aspect d'une invagination iléo-colique. D'ailleurs souvent les opérateurs ont noté cet aspect d'intestin désinvaginé et ont été tentés de croire d'abord à une désinvagination spontanée, expliquant l'adénopathie par la stase lymphatique dans des ganglions incarcérés. L'intestin apparaît souvent lourd et est rempli d'un contenu fluide clapotant, qui dans certains cas remplit aussi l'appendice.

Dans d'autres cas, les altérations sont plus prononcées au niveau des plaques de PEYER. On les sent à travers la paroi, comme de petites tuméfactions granuleuses, naviculaires, mobiles sous la séreuse, donnant l'impression de corps étrangers intra-iléaux. Dans les cas de STROMBECK qui seul insiste sur cette disposition, la plaque de PEYER la plus atteinte est généralement celle qui est la plus proche de la valvule iléo-cæcale. La séreuse qui recouvre cette plaque était quelquefois rouge et épaisse, avec de petites plaques ecchymotiques qui apparaîtraient après toute exploration manuelle.

Les altérations du cæcum sont beaucoup plus rares, néanmoins dans un dixième des cas on le note rouge, œdémateux, couvert de plaques fibrineuses, à parois épaisses, rempli d'un contenu liquide clapotant, comme l'iléon ou l'appendice.

L'examen histologique de l'intestin au cours d'une adénite mésentérique aiguë n'a été fait qu'une fois, par CORNIOLEY chez une malade qui succomba. Il nota : « un segment d'intestin grêle long de 20 centimètres environ, très hypérémique, violacé à parois œdématisées. Dans le mésentère, une vingtaine de ganglions ». L'examen histologique montra de l'œdème des parois avec des ulcérations qu'ASKANAZY appela « entérite diphtéroïde ». Si on se reporte aux observations de LENNANDER et NYSTROM, qui intervinrent au cours d'entérites, on ne peut pas ne pas considérer ces altérations iléales comme une iléite segmentaire. Dans les cas de LENNANDER et NYSTROM, l'intestin présentait une hypérémie plus ou moins grande au niveau de la séreuse et de la sous-séreuse, il était rouge. La palpation déterminant des ecchymoses sous-séreuses sur l'iléon et dans le mésentère, enfin elle permettait de sentir la tuméfaction des parois intestinales gonflées par l'œdème, et la saillie des plaques de PEYER.

Quant aux altérations du cæcum, elles représentent également une typhlite isolée ou plus souvent associée à l'iléite.

Ces constatations anatomiques sont capitales pour la connaissance de la pathogénie de l'affection. en particulier les altérations iléales, passées sous silence par de nombreux opérateurs qui peut-être ne pratiquaient pas d'incision assez grande, ou n'examinaient pas l'iléon méthodiquement.

PATHOGÉNIE

Le rôle de l'appendicite dans les processus inflammatoires de la fosse iliaque droite est tellement prépondérant qu'on ne peut s'étonner que ces manifestations ganglionnaires lui aient été toutes attribuées.

Pour PRIBRAM, l'appendice est toujours à l'origine des modifications anatomiques des ganglions iléo-cæcaux et pour synthétiser cette conception, il a créé l'expression d'appendicite lymphangitique ou lymphangite mésentérique appendiculaire.

Cette nouvelle entité anatomo-clinique, à laquelle les auteurs allemands ont donné le nom de maladie de PRIBRAM, est caractérisée par le début par une angine suivie de douleurs abdominales péri-ombilicales. L'intervention montrerait alors un appendice normal, la tuméfaction des ganglions iléo-cæcaux serait susceptible de se réveiller sous l'influence de nouvelles angines, déterminant le même syndrome clinique. Enfin, la persistance de germes infectieux dans ces ganglions constituant une véritable entité morbide, déterminerait de graves complications infectieuses et cicatricielles intra-abdominales.

Voici quel serait le mécanisme de la production de l'adénopathie : un streptocoque très lymphotrope, colonise dans les amygdales, détermine une angine aiguë. Le malade déglutit une salive bacillifère qui va déterminer une infection pariétale discrète de l'appendice. L'inflammation s'étend vers les voies lymphatiques du mésentère et produit l'adénite aiguë.

On pourrait discuter l'appellation même d'appendicite lymphangitique. Nous avons vu au début même de cette

thèse, qu'il y a bien longtemps que les travaux de LETULLE et WEINBERG ont montré que l'appendicite était une lymphangite. Il est évident que l'auteur allemand entend par cette expression d'appendicite lymphangitique une forme où les manifestations ganglionnaires sont très marquées. Mais comment fixer une limite entre la réaction ganglionnaire normale et la réaction ganglionnaire déjà prépondérante ? Disons-nous que ce sont des formes où les symptômes sont dûs à l'adénite iléo-cæcale et non à l'appendicite ? Nous avons vu qu'en 1900 JALAGUIER et QUENU attribuaient les symptômes de la crise d'appendicite aiguë à l'inflammation des ganglions iléo-cæcaux, et que récemment LEVIN, dans son étude de la mésentériorite attribue la douleur à l'infiltration infectieuse du méso. Cela explique que des cas dits lymphangite mésentérique, lymphangite appendiculaire puissent aussi bien être décrits comme de simples appendicites aiguës. Cela dépend de l'importance que l'auteur attribue à la tuméfaction ganglionnaire et comme il n'y a pas de critère anatomique, on ne peut contester cette attribution.

Il est évident que, toutes ces réserves faites, l'appendicite déterminera des adénopathies iléo-cæcales, contrastant avec la discrétion de l'atteinte de l'appendice. PRIBRAM, d'ailleurs soutient que dans les appendicites aiguës la réaction ganglionnaire semble inversement proportionnelle à la gravité de l'atteinte appendiculaire. Nous citerons quelques observations démonstratives du rôle de l'appendice.

Obs. de BORCHARD (résumée). — H. L., âgé de 8 ans, tombe brusquement malade il y a 3 jours avec fièvre, frissons, douleurs vagues pas très intenses au niveau de l'abdomen, surtout à droite, céphalée, constipation.

À l'entrée, malgré une légère agitation, état général un peu abattu. Pas de nausées. Langue humide. Ni gaz ni selles. Abdomen souple, plat : légère douleur à la pression dans la région iléo-cæcale avec contracture abdominale à droite et en bas : un certain degré de résistance profonde. En opposition avec ces signes, température 39°,

pouls 120. Leucocytes, 17.000 avec un déplacement à gauche de la formule d'ANETH.

En se basant sur l'élévation thermique à 39°, trois jours après le début de la crise, sur le déplacement de la formule leucocytaire, sur la discrétion des signes abdominaux, BORCHARD porte le diagnostic de lymphangite appendiculaire primitive.

À l'intervention, la cavité abdominale contient un exsudat peu abondant, fluide, légèrement trouble. Les ganglions de la région iléo-cæcale sont augmentés de volume de la taille de fèves. L'appendice était extérieurement à peine modifié, il ne présentait que quelques fines traînées rouges, injectées, allant de l'organe vers le mésenterium et vers le cæcum. L'aspect était encore plus frappant à l'examen à la loupe.

L'appendice fut enlevé avec le mésenterium et les ganglions voisins et envoyé à l'anatomo-pathologiste qui répondit : « On trouve dans la musculature des vaisseaux lymphatiques remplis sans aucun doute de cellules de pus, dans la séreuse on trouve aussi les voies lymphatiques pleines de cellules. Pas de lésions de la muqueuse. »

Les suites post-opératoires ont été parfaites. La température retomba à la normale en huit jours, et la guérison fut complète.

Cette observation de BORCHARD nous paraît être celle d'une appendicite aiguë légère banale. Il en est de même pour les deux observations suivantes de STROMBECK :

Obs. 316 de STROMBECK. — *Lymphadénite mésentérique.*

F..., âgé 15 ans. Entre le 30 mars 1925 ; sort le 7 avril.

Tombe malade le 26 mars avec un malaise général de frissons, et une fièvre à 40°3. Dans la nuit diarrhée. Le 27 mars la malade reste alitée avec une température à 37°3 — 37°5. Pour la première fois le jour suivant, douleurs abdominales, d'abord généralisées puis localisées dans la fosse iliaque droite. Le 29 mars. La température s'élève à 38°.

Examen préopératoire : 37°9, sensibilité nette à la palpation superficielle de la fosse iliaque droite plus marquée dans une zone autour du point de Mac Burney de la taille d'une petite paume et où à la palpation profonde on perçoit vaguement une masse de la taille d'un œuf.

Opération le 30 mars. Dans l'abdomen petite quantité de liquide séreux. L'appendice est nettement distendu, quoique d'une façon modéré. Sa séreuse est très injectée (ex. hist. séreuse très épaissie et hyperémique avec infiltration de cellules rondes que l'on voit amassées dans la couche musculaire avec de très nombreuses cellules eosinophiles). La paroi cæcale près de la base de l'appendice est le siège d'une infiltration dure et de dépôts de fibrine. Dans le méso-appendice un paquet de ganglions de la taille de la moitié d'un œuf, un ganglion est prélevé. (Ex. hist. adénite aiguë). Iléon normal, petits ganglions dans le mésentère.

Pendant 4 ans après l'opération pas de symptômes douloureux, Depuis souffre de troubles abdominaux, manque d'appétit éructation, sensation de malaise. Deux crises douloureuses épigastriques.

En janvier 1931, sensibilité épigastrique et juste au-dessous de l'ombilic aussi bien à droite qu'à gauche. Repas d'épreuve HCl 37, acidité totale 64. Radio de l'estomac et de la vésicule négatives.

Obs. 330 de STROMBECK. — *Lymphadénite mésenterique.*

F. Age 20 ans. Admise le 21 septembre 1925, sort le 28 septembre.

Il y a deux mois a eu des douleurs erratiques dans la partie inférieure et droite de l'abdomen pendant deux semaines. Depuis une semaine a des douleurs analogues qui empirent le 19 septembre.

Ex. Prép. 38°2. A la palpation superficielle douleurs dans la fosse iliaque droite à la partie moyenne et vers le bas. *Opération* le 21 septembre. Liquide dans l'abdomen. Appendice mobile, libre, mesurant 7 centimètres de long. Épais comme un crayon, avec sa séreuse injectée, sa muqueuse nettement tuméfiée, mais sans signe de gangrène. Il contient des matières fécales. Iléon normal. Dans son mésentère, assez grand nombre de ganglions lymphatiques de la taille de haricots. Les organes pelviens semblent normaux.

Deux ans après, se plaint de douleurs intermittentes semblables à celles qu'il éprouvait avant l'intervention.

On peut opposer à la conception de PRIBRAM une observation de SCHNITZLER dans laquelle cet auteur relate un cas d'adénite iléo-cæcale chez une malade appendicectomisée plusieurs années auparavant.

Obs. de SCHNITZLER. — Mme M. S. âgée de 40 ans. Les renseignements sur l'histoire de sa maladie sont les suivants : jusqu'en 1923 la malade dit ne pas avoir eu d'indisposition sérieuse. En 1923 laparotomie pour kyste de l'ovaire bilatéral. En 1928 opération vaginale pour prolapsus. Depuis l'année 1929, la malade présente de temps en temps dans la fosse iliaque droite des douleurs qui ne sont jamais très intenses. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, au mois de novembre 1931, les douleurs abdominales reparaissent, mais cette fois-ci elles ne disparaissent pas spontanément, mais augmentent continuellement dans les jours suivants. La fièvre monte à 39°, la malade vomit à plusieurs reprises, l'abdomen augmente de volume, arrêt des gaz et des matières. Le médecin consulté conseille l'hospitalisation, en pensant à une appendicite aiguë.

A l'hôpital, la malade présente un tableau typique de processus péritonéal inflammatoire aigu. Température 39°1 pouls 118, la langue est sèche, l'abdomen météorisé, pas de résistance nette à la palpation, douleur diffuse à la pression de l'abdomen, plus intense dans la fosse iliaque droite. Contracture musculaire réflexe uniquement à la pression profonde. La malade ne sait pas si au cours des opérations précédentes l'appendice a été enlevée. En admettant le diagnostic d'appendicite aiguë perforée on l'opère dès son arrivée à l'hôpital.

Intervention. Incision dans la fosse iliaque droite. Le péritoine pariétal est légèrement rouge, dans la cavité abdominale libre on trouve un liquide séreux trouble, la paroi du cæcum est un peu épaissie et injectée. Malgré une recherche attentive on ne trouve pas l'appendice : l'angle iléo-cæcal est rempli par un tissu stratifié hyperémique, dans lequel se trouvent des ganglions lymphatiques nettement augmentés de volume, mous, très hyperémiques eux-mêmes, ils sont les uns adhérents au tissu environnant, les autres légèrement mobiles. On prélève un ganglion pour examen histologique. L'inspection de la dernière anse iléale ne montre rien en dehors d'une légère hyperémie de la séreuse. L'exploration par la palpation de la cavité abdominale ne montre aucune autre modification pathologique, en particulier aucune augmentation de volume des ganglions. Après avoir asséché le péritoine, un petit drain est placé dans l'angle iléo-cæcal et la plaie opératoire re-

fermée. Des recherches ultérieures ont montré que l'appendice avait été enlevé en 1923.

L'examen histologique du ganglion prélevé n'a pas montré de modifications spécifiques caractéristiques : gonflement des cordons médullaires et des follicules, dilatation des sinus lymphatiques avec desquamation (catarrhe du sinus).

La guérison opératoire survint sans incident et la malade quitta l'hôpital guérie. Quelques semaines après les anciennes douleurs reparaissent et persistent intermittentes.

PRIBRAM explique ce cas par la persistance au niveau des ganglions iléo-cæcaux de microbes venus de l'appendice, cas comparable aux observations signalées dans la première partie de ce mémoire. Cependant, il n'y a pas de crise d'appendicite dans les antécédents de la malade, les douleurs ont survécu six ans après l'appendicectomie. Il reste l'explication du réveil de l'infection ganglionnaire par des microbes de souche lymphotrope.

ROSENOW a étudié l'organotropie de certains microbes, organotropie précoce d'ailleurs et labile après plusieurs générations. La pathologie montre l'affinité vasculaire de certains streptocoques. Il en serait de même pour le tissu lymphoïde. A l'occasion d'une nouvelle angine, il y aurait recrudescence de phénomènes inflammatoires et infectieux dans les ganglions déjà atteints,

PRIBRAM, au cas où cette explication paraîtrait insuffisante, a une autre théorie : au cours de traitement de tumeurs par des tissus lymphoïdes, surtout l'extrait splénique, il a observé des tuméfactions ganglionnaires généralisées. La tuméfaction des ganglions mésentériques qui accompagne une amygdalite est due à une « réaction toxi-allergique des ganglions lymphatiques déjà atteints, réaction due au processus inflammatoire destructif amygdalien ».

Cette explication peut être vraisemblable quand la maladie abdominale a suivi une angine, ce qui n'est pas constant, mais surtout elle ne tient pas compte des lésions iléales ou cæcales, si fréquentes que PRIBRAM néglige, bien que

signalant dans ses observations une hyperémie fréquente de la dernière anse iléale comme du cæcum.

On peut classer les observations en deux grands groupes suivant l'atteinte ou l'intégrité de l'iléon et du cæcum.

Dans un premier groupe qui comprend plus de la moitié des cas, il y a iléite, ou iléo-typhlite, qui à notre avis est directement responsable de la réaction ganglionnaire.

Le type en est l'observation suivante :

Obs. 326 de STROMBECK. — M. âge 25. Admis le 24 juillet 1923 sort le 30 juillet.

Deux mois plus tôt, a souffert pendant 24 heures de douleurs dans la région vésiculaire irradiant vers le bas ; associées à de la diarrhée et une légère sensibilité juste, à droite de l'ombilic.

Tombe malade dans la soirée qui précède l'entrée à l'hôpital avec douleurs abdominales qui se localisent pendant la nuit dans la partie inférieure et droite de l'abdomen. Contracture le matin de l'admission 37°5, diarrhée.

Ex. préop. 38°2. Douleurs nettes dans la fosse iliaque droite. Signe de Perman positif.

Opération le 24 juillet : Péritoine hyperémique, liquide séreux dans l'abdomen. L'appendice qui semble moins altéré que l'iléon et hyperémique et légèrement tuméfié. Les deux tiers proximaux de sa muqueuse sont tuméfiés et rouges. (*Ex. hist.* pas de lésions aiguës nettes). La fin de l'iléon est distendue avec une paroi épaisse et œdématiée, dans son mésentère plusieurs ganglions tuméfiés atteignant la taille d'une amande.

Quatre ans plus tard, guérison se maintient. Pas de calcifications intra-abdominales.

Des recherches nous ont montré que ces faits étaient connus depuis longtemps.

Deux observations de LENNANDER et NYSTROM, publiées en 1907 sous le titre de Iléotyphlite avec péritonite séreuse sont des plus démonstratives :

Obs. de LENNANDER et NYSTROM. — Hulda F. 27 ans, hospitalisée pour des signes abdominaux. Opération. Entre les anses on trouve une assez grande quantité de liquide séro hémétique (les dernières règles datent de 2 jours).

L'appendice est mince, avec l'aspect d'appendicite chronique oblitérante. La séreuse du cæcum est hyperémique. L'iléon est un peu plus gros que la normale, rouge, très congestionné. La paroi est tuméfiée, les modifications sont des plus nettes sur un segment d'intestin situé à 50 — 60 centimètres de l'iléon, ces modifications vont en décroissant de sorte que cinquante centimètres plus haut l'intestin est normal. Les ganglions lymphatiques du méso correspondant au segment malade de l'iléon sont augmentés de volume jusqu'à la colonne vertébrale, ils sont entourés d'une zone rouge due à la congestion des feuilletts du mésentère. Dans la partie inférieure du méso-côlon ascendant, on voit quelques ganglions tuméfiés.

Obs. 9. — ENK. B. 19 ans. Intestin grêle hyperémique humide, appendice adhérent à la veine iliaque. Dans le petit bassin, liquide séro-sanguinolent que l'examen microscopique montre amicrobien.

Dans le méso de l'iléon on voit quelques petits ganglions augmentés de volume. Le long des vaisseaux iléo-cæcaux, les ganglions sont nettement tuméfiés. On voit un ganglion augmenté de volume au niveau du méso-appendice. Trois ganglions augmentés de volume le long de l'artère cæcale antérieure, qui passe en avant de la valvule de Bauhin.

Examen de l'appendice, pas de lésions infectieuses.

Ces deux observations d'adénite iléo-cæcale au cours d'iléite ou d'iléo-typhlite nous paraissent démonstratives de l'origine intestinale de certaines adénites inflammatoires. Si les lésions chroniques de l'appendice que l'on voit dans ces deux observations peuvent laisser des doutes sur l'innocence de l'appendice dans la pathogénie des adénites, une observation d'iléite à distance de l'angle iléo-cæcal montrera la réaction ganglionnaire qui accompagne les inflammations intestinales :

Obs. de CORNIOLEY. — M. S. âgée de 20 ans. A l'intervention l'appendice non adhérent est facilement extériorisé et extirpé. *A priori*, il ne présente rien de particulier. Par contre après avoir légèrement agrandi l'incision et en faisant l'exploration des organes abdominaux on rencontre à environ 70 centimètres de la valvule iléo-cæcale un segment de l'intestin grêle long de 20 centimètres environ très hyperémique, violacé, à parois œdématisées. Parsemées sur le segment du mésentère correspondant à cette anse grêle, on rencontre une série de ganglions de la grosseur d'un pois à celui d'une noisette, situés entre les deux feuilletés péritonéaux du mésentère, presque au niveau de la base d'implantation de cet organe, sur la paroi postérieure de l'abdomen. Le péritoine qui recouvre ces quelques vingt ganglions intra mésentériques n'est pas modifié ni hyperémique. Nous prélevons un de ces ganglions pour en faire une biopsie.

Examen anatomo-pathologique : appendice de 5 centimètres de longueur et de 5 millimètres de diamètre. La surface en est lisse et grise. Les vaisseaux du péritoine peu injectés. Le mésentériolum est riche en graisses. A la coupe on reconnaît la lumière sous forme de fente, la muqueuse est de couleur gris brunâtre, la musculature est grise, la séreuse plus épaisse, ni œufs, ni parasites, au microscope l'appendice ne présente aucune altération pathologique.

Deux ganglions lymphatiques : de la taille d'un pois couvert d'une couche fibrineuse brunâtre. A la coupe tissu grisâtre homogène. Au microscope le sinus lymphatique marginal de même que les sinus au centre des ganglions sont dilatés et renfermant beaucoup de globules rouges et de polynucléaires. Par-ci et par-là des lymphocytes ont pénétré dans le tissu lymphatique. Les vaisseaux sanguins ne sont pas dilatés. Diagnostic anatomique : lymphodénite aiguë des ganglions mésentériques.

Intestin grêle (la malade a succombé à une complication). Présence d'ulcérations diphtéroïdes de la muqueuse avec œdème de la dite. Diagnostic anatomique : entérite diphtéroïde.

Cette observation sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir est des plus nettes ; iléite, adénite mésentérique. On peut admettre le même pathogénie dans les observations d'adénite iléo-cæcale avec lésions iléales ou iléo-cæcales.

On rencontre d'ailleurs associée à cette iléite ou à cette typhlite des lésions appendiculaires chroniques souvent, avec épaissement de la séreuse, hyperplasie lymphoïde, parfois aiguës avec rougeur et tuméfaction de la muqueuse, sans cependant de lésions pariétales récentes. L'appendice participe à l'inflammation iléale et au même titre qu'elle, est responsable de l'adénopathie iléo-cæcale, mais son rôle n'est pas prépondérant, il ne manque pas de cas où il est normal histologiquement, et l'adénopathie du méso appendice n'est pas un symptôme certain d'appendicite. Elle est explicable par des larges communications des différents groupes ganglionnaires iléo-cæcaux, le reflux possible de la lymphe devant des ganglions sus-jacents tuméfiés, reflux qui gagne les ganglions du méso appendice. De plus l'anatomie montre que certains lymphatiques cæcaux passent par le mésentériolum et même se jettent dans des ganglions appendiculaires.

On voit donc comment dans plus de la moitié des cas on peut expliquer l'adénite iléo-cæcale par une entérite segmentaire de la fin de l'iléon, avec ou sans typhlite. La réalité de l'atteinte d'un segment de l'intestin grêle ne peut être mise en doute dans les observations de LENNANDER et NUYSTROM, les lésions n'étaient généralisées à tout l'intestin que dans les cas 4 et 8.

Dans son cas 1, c'est la moitié distale du jejunum qui est atteinte, dans ses cas 2 et 3, ce sont deux segments de l'iléon, le cas 6 et le cas 7 ont trait à l'inflammation isolée du jejunum et de l'iléon. Ces entérites localisées doivent être rapprochées des rares phlegmons de l'intestin décrits par HELLSTROM, TEUTSCHLANDER et VALENTIN, KAUSH, ALADAR FISCHER, OSTROWSKI. On sait que ces lésions siègent surtout dans les parties fixes de l'intestin, duodénum, région iléo-cæcale, qu'au début elles prennent l'aspect d'une infiltration inflammatoire diffuse des parois intestinales, avec volumineuse adénopathie mésentérique. Il y a tous les intermédiaires entre les inflammations catarrhales légères dont nous

trouvons la relation dans les observations d'adénite mésentérique, et les phlegmons de l'intestin. De même l'atteinte segmentaire de l'intestin est réalisé dans une curieuse affection décrite par CROHN, GINZBURG et OPPENHEIM sous le nom d'iléite inflammatoire chronique sténosante qui s'observe chez de jeunes sujets, se caractérise par une inflammation subaiguë ou chronique nécrosante et cicatrisante de toutes les tuniques de la fin de l'iléon avec œdème du méso et réaction ganglionnaire importante.

Le deuxième groupe d'observations ne comprend que des cas sans lésion apparente de l'iléon, du cæcum et de l'appendice. Ce sont ces cas que l'on pourrait dénommer adénites iléo-cæcales en apparence primitive.

Les travaux de WILE et SAPHIR sur les péritonites dites hématogènes nous permettant d'expliquer une partie de ces cas. WILE et SAPHIR ont étudié de nombreux cas de péritonites mortelles chez des enfants, péritonites sans lésions apparentes des organes abdominaux. Dans six cas il y eut intervention chirurgicale, l'examen soigneux des organes abdominaux au cours de l'opération ne montra aucun foyer inflammatoire qui put être le point de départ de l'infection péritonéale, c'est ce qui fit porter le diagnostic de péritonite hématogène. Les auteurs américains examinèrent histologiquement les organes prélevés à l'autopsie et dans quatorze cas, ils reconnurent une entérite ou entéro-colite. L'examen macroscopique de la muqueuse ne montrait qu'un léger catarrhe, l'examen microscopique révéla des lésions très marquées. Le processus inflammatoire s'étendait à travers la muqueuse et la sous-muqueuse. La continuité de la surface muqueuse étant interrompue par de nombreux petits ulcères. Dans les couches musculaires des amas de polynucléaires et des micro-abcès. WILE et SAPHIR ont prévenu l'objection que ces lésions pouvaient être de cause externe et provenir du séjour de l'intestin dans le milieu septique interpéritonéal. Ils ont pratiqué des coupes d'intestin grêle de sujets morts

de péritonite par perforations appendiculaires ou gastriques. Les lésions de ces anses consistaient seulement en infiltration légère des couches les plus superficielles de l'intestin sans atteinte des couches profondes. On voit donc que l'examen d'une anse iléale au cours d'une intervention peut être entièrement négatif, alors que sa muqueuse peut être gravement altérée, puisque tous les cas de WILE et SAPHIR ont été mortels. Il y a certainement, en raisonnant par analogie, un certain nombre de cas d'entérite sans manifestation macroscopique, dans les observations du deuxième groupe.

La présence de parasites dans les selles de quelques malades a fait naître l'hypothèse du rôle de ces agents dans la pathogénie des accidents. On a rappelé le siège fréquent des parasites dans la dernière anse iléale, ces minimes altérations muqueuses qu'ils pouvaient déterminer. Le rôle des oxyures, ascaris dans la pathogénie de l'appendicite a été longuement étudié (RAILLET, GUIART) la rareté de l'appendicite parasitaire est un fait bien établi et l'observation suivante de BRUNING d'adénite mésentérique d'origine parasitaire, n'est pas convaincante.

Obs. de BRUNING. — Un garçon âgé de 2 ans 1/2 tombe malade après avoir expulsé un ascaris lombricoïdes quelques jours auparavant. Il présente des signes typiques d'appendicite aiguë. A l'intervention on trouve un appendice très long, dont la pointe est adhérente et qui macroscopiquement ne présente aucune altération autre qu'une légère dilatation de ses vaisseaux. Par contre les ganglions lymphatiques du mésentériolum et du mésentère iléo-cæcal montrent une tuméfaction inflammatoire importante. Ils forment un chapelet jusqu'à la racine du mésentère, sont bien mobiles, mous à la palpation. Pas de signes grossiers de tuberculose. Le diagnostic reste douteux. On extirpe l'appendice. La guérison survient sans incident. Après l'opération la température tombe rapidement. Dans le première selle, on trouve un ascaris, éaction de Pirquet : négative.

Examen histologique : Processus inflammatoire suppuré au niveau

de toutes les luniqués de l'appendice. BRUNING pense que sous l'influence de la sécrétion des ascaris, il s'est produit une inflammation de l'appendice et probablement du cæcum, de là, lymphadénite aiguë.

L'infection des ganglions lymphatiques tributaires d'un intestin qui paraît normal soulève la question du passage des microbes à travers une muqueuse saine. FRAENKEL en 1891, montra que des bactéries pouvaient franchir une paroi intestinale non perforée.

Il trouva des microbes sur la surface péritonéale d'anses intestinales qui avaient été liées chez des animaux d'expérience. Il ne s'agissait pas là il est vrai d'anses vraiment normales. FLEXNER quelques années plus tard trouva du pneumocoque dans la lumière de l'intestin, dans la muqueuse la sous-muqueuse et le péritoine sains.

MANDL en 1923 démontra sur l'homme que les microbes pouvaient franchir une paroi intestinale en apparence saine. Chez des sujets atteints de cancer du rectum chez qui il devait pratiquer un anus iliaque gauche, il fixa dans un premier temps la côlon sigmoïde au péritoine, mit à son contact des compresses de gaze stérilisée et referma la peau avec de très grandes précautions d'asepsie. Il insista sur le fait qu'il ne traumatisa pas l'intestin, que ses points de fixation étaient non perforants très superficiels, que l'intestin n'était pas dilaté en amont d'une sténose. Dans 4 cas sur 9, il obtint des colibacilles par ensemencement de la compresse stérile et par culture. MANDL semble avoir réuni toutes les conditions expérimentales exigibles et on peut admettre la traversée pariétale des microbes dans certaines conditions intestinales ou bactériennes. VAN DER REIS a montré après bien d'autres auteurs, Mac FAYDER, NENCK et SIEBER, A. GOLDMAN que le contenu bactérien de l'intestin augmentait considérablement dans la dernière partie de l'iléon et la différence de germes qu'on constate à la fin de l'iléon et au commencement du gros intestin est telle qu'on a pu

parler d'une « augmentation explosive de la flore dans le cæcum » (M. LISBONNE).

La réaction d'abord acide, peu favorable au pullulement microbien, devient alcaline.

Par l'exaltation de virulence des microbes de la région iléo-cæcale, la traversée de la paroi intestinale serait facilitée et la diffusion des germes dans les voies lymphatiques entraînerait une adénopathie mésentérique inflammatoire.

Dans l'étude de la pathogénie des adénites mésentériques, il est une circonstance étiologique indiscutable, l'angine.

Il y a toute une série d'observations dans lesquelles l'adénopathie mésentérique succède à une angine, à une affection du naso-pharynx et des voies respiratoires supérieures ou survient en même temps qu'elle. En arguant de la comparaison entre l'amygdale palatine et les ganglions lymphatiques, il est aisé de supposer l'infection hématogène des ganglions mésentériques par un microbe sinon lymphotrope, du moins identique. BRENNEMAN, GOLDBERG et NATANSON, PRIBRAM rapportent des observations où le début de la maladie coïncide avec une infection amygdalienne.

L'étude des réactions abdominales au cours des inflammations des voies respiratoires et des maladies infectieuses nous éclairera sur plusieurs points.

Au cours de la grande épidémie de grippe de 1890-1891, TEISSIER rappelle la fréquence des entérites, qui dit-il faisaient redouter l'apparition du choléra. LEICHTENSTERN a décrit des cas d'entérite localisée à la fin de l'iléon et du cæcum avec les symptômes d'appendicite. Ces altérations intestinales s'accompagnaient de tuméfactions ganglionnaires mésentériques et rétropéritonéales comme le remarque M. JACKSON sur les maladies mortelles d'influenza à l'hôpital du comté de Cook, en 1918.

Au cours de l'épidémie de grippe de 1918-1919 de nombreux cas de douleurs abdominales ont été observées chez

les grippés et le rôle de la grippe dans la pathogénie de l'appendicite est devenu classique. Il y a certes des exemples d'appendicite authentique au cours de l'influenza, avec contrôle opératoire, mais bien des observations ne mentionnent que de la douleur et même de l'empâtement dans la fosse iliaque droite sans vérification opératoire ou nécropsique.

EDELMAN a eu l'occasion d'opérer deux grippés atteints de douleurs abdominales. Il y avait dans un cas iléite, dans l'autre jéjunite. L'inflammation siégeait sur une anse intestinale longue de 20-30 centimètres, il y avait un léger exsudat péritonéal, non trouble. La séreuse intestinale de même que celle du mésentère correspondant était rouge, dans un des deux cas couverte de fibrine, l'anse intestinale, plus épaisse et plus lourde donnait une sensation d'empâtement. Les lymphatiques étaient gorgés, les ganglions tuméfiés. Le reste de l'intestin contrastait par sa couleur habituelle.

Il y a donc au cours de l'affection des voies respiratoires supérieures entérite, par déglutition de germes comme le pense BRENNEMAN, ou hémato-gène, par excrétion des germes circulant au niveau de la muqueuse intestinale et des follicules clos, dont on connaît le rôle sécréteur, comme le rappelle CALVANICO.

L'étude des réactions inflammatoires mésentériques au cours d'autres affections montre qu'il y a fréquemment une étape intestinale, par exemple au cours de la pneumonie.

Obs. inédite d'HARTGLAS. — X. 19 ans, vers 2 heures de l'après-midi est pris de douleurs abdominales brutales, généralisées qui se localisent dans la fosse iliaque droite. Cette douleur s'accompagne de vomissements bilieux. Température 38° — 39°. Un médecin le voit quelques heures plus tard et l'envoie dans le service pour une intervention chirurgicale.

A l'examen à 19 heures, état de prostration marqué, faciès tiré, douloureux. Contracture très nette des muscles droits avec hyperesthésie cutanée marquée. Disparition de la matité hépatique. La palpation dénote de la douleur surtout marquée dans la fosse

iliaque droite. Le toucher rectal est douloureux surtout à droite. Pas de gaz depuis le début de la crise. Température à 39°. Pouls accéléré. On fait le diagnostic de péritonite appendiculaire, tout en notant à l'auscultation, la disparition du murmure vésiculaire à la base droite.

Intervention le 11 février 1935. : Appendice un peu rouge, très forte réaction ganglionnaire dans le mésentère.

Deux jours après l'intervention, on met en évidence une pneumonie, qui quinze jours plus tard se complique d'une pleurésie purulente à pneumocoques, opérée le 2 mars. Guérison.

Cette observation qui soulève le point si intéressant des douleurs abdominales au début de la pneumonie est parfaitement explicable par une observation très comparable de Melchior qui a rencontré à côté de l'adénopathie mésentérique de l'entérite pneumococcique.

Obs. de MELCHIOR. — Ursula F. 3 ans 1/2 entre le 8 décembre 1925. L'enfant qui a été amenée à la clinique à la fin de l'après-midi a toujours eu une bonne santé. Elle est tombée malade le matin, s'est plainte de vives douleurs abdominales, de vomissements fréquents, de diarrhée aqueuse. L'atteinte de son état général inquiète ses parents.

Examen : Température 38°9. Pouls 160. Enfant bien développée intelligente, d'aspect très fatigué, au regard inquiet et à la respiration rapide, superficielle. L'examen de l'appareil respiratoire ne décèle aucun symptôme. Amygdales de la grosseur d'une noisette, mais sans enduit ni rougeur. L'abdomen apparaît ballonné, dans sa totalité, sensible à la pression partout, sans contracture musculaire reflexe. L'estomac est vide. Le toucher rectal ramène du mucus.

Le diagnostic hésite entre gastro-entérite et péritonite à pneumocoques. La vive sensibilité à la pression, l'atteinte de l'état général, la fréquence du pouls paraissent en faveur de cette dernière éventualité.

Intervention : Laparotomie médiane, l'intestin grêle est météorisé, mais, parfaitement sain. Dans le mésentère on voit des ganglions lymphatiques tuméfiés. L'appendice comme le reste de l'intestin ne présente pas d'altérations, il n'y a pas le moindre

exsudat péritonéal, on remarque seulement que l'intestin à la palpation donne l'impression d'être couvert de mucus. Fermeture de la cavité abdominale, injections de sérum salé, toniques.

L'enfant meurt le 9 décembre 1925, après avoir présenté des signes de pleurite gauche. Agitation alternant avec de la somnolence, température élevée, fréquentes selles diarrhétiques dans lesquelles on trouve un ascaris.

L'autopsie montre au niveau du poumon gauche un foyer de condensation limitée, broncho-pneumonique. Les anses intestinales sont rouges, couvertes de dépôts fibrineux, accolées les unes aux autres. Au niveau de l'intestin grêle, les plaques de Peyer sont tuméfiées. Au niveau du gros intestin les follicules lymphatiques sont apparentes, la muqueuse est épaissie et rouge. Rien à signaler à l'appendice. Rate de taille et de consistance normale. La culture de l'exsudat péritonéal montre du pneumocoque en culture pure.

STROMBECK cite l'observation d'une enfant de 3 ans, qu'il opère pour des douleurs abdominales, chez laquelle il découvre une tuméfaction ganglionnaire importante : trois jours plus tard éruption de rougeole typique. On connaît la fréquence de l'entérite au cours de la rougeole, où elle a la valeur d'un symptôme secondaire.

Enfin GIERTZ rappelle trois observations d'iléite terminale avec adénites ganglionnaires chez des malades qui furent reconnues ultérieurement atteintes de paratyphoïde.

BRANDMAN, parmi des observations d'appendicites streptococciques au cours de la scarlatine, rapporte quatre observations de MASON, ROLLY, LEWIS, de malades en plein exanthème, opérés pour des signes péritonéaux et chez qui on découvre l'iléon enflammé sur trois pieds, dur comme du caoutchouc, la saillie et l'hypérémie des plaques de Peyer avec appendice normal, la tuméfaction des ganglions mésentériques dont la rupture dans un cas entraîna une péritonite généralisée et la mort.

De l'étude de ces faits, on peut tirer la conclusion que l'entérite semble constante au cours de ces réactions ganglionnaires. Il s'agit là d'entérites infectieuses, comme celles

qu'à étudié RIBADEAU-DUMAS et HARVIER, Charles RICHEL fils. Il existe vers la fin de l'iléon une grande abondance de plaques de Peyer et de follicules clos, siège d'éléments du système réticulo endothélial. Ces follicules clos représentent des voies d'élimination microbienne et toxique importantes et en réalité l'adénite iléo-cæcale n'est que le témoin indirect de cette inflammation intestinale. Nous ne pensons pas que les ganglions lymphatiques iléo-cæcaux, seuls de tous les ganglions de l'économie, ont la faculté de fixer les germes en circulation dans le sang, même si ces germes sont « lymphotropes ». Pourquoi ces germes lymphotropes n'iraient ils pas sur d'autres groupes ganglionnaires ? Admet-on que les adénites cervicales au cours des angines sont dues au lymphotropisme des germes pharyngiens, arrivés par voie sanguine, or ne pense-t-on plus simplement qu'il s'agit d'une propagation directe, par voie lymphangitique ? Si les ganglions iléo-cæcaux sont enflammés au cours de syndromes infectieux divers c'est qu'ils reçoivent la lymphe d'une région d'excrétion microbienne dont ils partagent la pathologie.

ÉVOLUTION

Sur les 94 cas dont nous relatons les observations, on note trois morts dont deux doivent être mises sur le compte de l'affection, c'est d'abord une observation assez courte de BRENNEMAN, de rupture intrapéritonéale d'abcès ganglionnaire et une observation de PRIBRAM de péritonite diffuse d'origine ganglionnaire.

Obs. de PRIBRAM. — Homme de 29 ans. Antécédents : angines fréquentes avec gonflement des ganglions du cou qui accompagne l'angine et disparaît après elle. D'après les renseignements fournis par sa femme, le malade ne se sentait pas en train depuis quelques jours.

La maladie débute par des douleurs abdominales et des vomissements, le médecin appelé pensa à une cholécystite. Il ne peut pas mettre en évidence de pigments biliaires dans les urines mais y met en évidence l'urobiline. Le malade a des vomissements muqueux teintés de bile. Dans les jours suivants l'état s'aggrave.

Comme les phénomènes abdominaux deviennent de plus en plus nets, que la température est à 39°4 accompagnée de battements des ailes du nez, on appelle en consultation un deuxième médecin. Les deux médecins portent le diagnostic probable de cholécystite aiguë ou d'ulcère en imminence de perforation. Ils conseillent une nouvelle consultation après transport du malade à l'hôpital.

Examen à une heure 1/2. Comme on a donné au malade de la morphine et de l'atropine pour le transport, les douleurs abdominales sont moins nettes. On constate de la douleur à la pression au-dessus du point de Mac Burney plus intense sous le rebord costal droit et en particulier sur la ligne médiane à l'épigastre. Formule sanguine, 14.000 globules blancs, urobiline, trace de bilirubine, diastases 32 unités. Dans les urines quelques rares glo-

bules rouges, des cylindres hyalins, de nombreux cylindres granuleux.

Diagnostic probable : appendicite. On envisage le diagnostic de lymphangite mésentérique mais étant donné la douleur à la respiration aux inspirations profondes, il n'est pas impossible qu'il s'agisse d'un processus inflammatoire dans la partie supérieure de la cavité abdominale : cholécystite perforée, ulcère gastrique en voie de perforation.

Opération immédiate, après Rachi entre L_1 et L_2 , incision oblique dans la région appendiculaire. Exsudat peu abondant, l'appendice ne présente aucune manifestation opératoire évidente. L'examen de toute la cavité abdominale permet les constatations suivantes : estomac et pancréas normaux, pylore normal et perméable, pas d'adhérences, vésicule de dimensions normales, aucune adhérence, en dehors d'une petite membrane au niveau du col de la vésicule. On sent dans le mésentère des ganglions lymphatiques augmentés de volume. Les ganglions du canal cystique et du canal cholédoque sont aussi nettement augmentés de volume. Le cæcum avec la dernière anse grêle sont extériorisés et tout le mésentère examiné. On voit, à travers le mésentère gras, les ganglions lymphatiques nettement inflammés hyperémiques, tuméfiés, avec une aire hyperémique sur la séreuse voisine. Un ganglion est prélevé dans l'angle iléo-cæcal et on l'ensemence. Ablation de l'appendice.

Snites post-opératoires. Premier jour : état général parfait, température, 38° , $38^{\circ}4$. Douleurs dans l'appendice xyphoïde moins fortes. Le soir, après un lavement glycériné, gaz et selles.

Deuxième jour : le malade présente l'aspect d'un infecté, l'abdomen ballonné, un lavement à la glycérine ramène quelques gaz, mais il persiste un iléus paralytique.

Troisième jour : l'iléus persiste, hypophyse, lavement à la glycérine. Issus de quelques gaz sans que le météorisme diminue. L'examen d'urine montre l'état rénal amélioré, urobilinogène.

Quatrième jour : éructations et vomissements, pas de gaz, température $36^{\circ}5$, $37^{\circ}5$, pouls 100, régulier.

Cinquième jour : le malade est un peu abattu, météorisme plus intense, vomissement d'un liquide marron malodorant, lavage d'estomac, cardiotoniques, l'état général est mauvais, le météorisme important, l'abdomen est mou mais non douloureux à la pression. Les extrémités sont froides, couvertes de sueurs glacées,

malgré la physiostigmine, la pituitrine et les lavements glycé-
rinés, aucune émission de gaz ni de matières, pas de rétablissement
du péristaltisme.

Réintervention par la même incision opératoire : iléostomie avec
sonde de Petzer, grand lavage du côlon avec une solution sucrée :
on injecte de l'huile de ricin dans les anses intestinales, le péris-
taltisme ne se réveille pas.

Le soir, l'opéré est très agité ; il essaie de sauter du lit et est
complètement désorienté, il a l'aspect d'un grand infecté. L'état
des urines s'améliore, on trouve quelques globules rouges et un peu
d'albumine. La diurèse est bonne et suffisante, le tableau clinique
est dominé par l'infection péritonéale. Dans la nuit le malade
meurt.

Autopsie. On trouve une petite quantité de liquide louche dans
la cavité abdominale ; les anses intestinales sont hyperémiques,
les vaisseaux de la séreuse se dessinent nettement : d'autres anses
intestinales sont plus pâles, le méso présente l'aspect suivant :
on voit à travers le mésentère assez gras toute la chaîne ganglion-
naire mésentérique rouge, transparente, les ganglions sont dis-
tants l'un de l'autre de 2 à 3 centimètres. Au niveau de la séreuse
qui entoure les ganglions, on trouve une couronne de vaisseaux
hyperémiques ; l'infection des vaisseaux dans certaines régions du
mésentère est très prononcée, la vésicule biliaire est normale, de
même l'estomac, le pancréas, l'intestin. Au niveau du ventricule
droit on prélève par ponction un peu de sang pour culture. A la
coupe les reins sont normaux, on prélève des fragments du pancréas
et des reins pour examen histologique. L'examen microscopique
des ganglions extirpés montre de la lymphangite aiguë, hyperémique
et exsudative, hémoculture négative.

PRIBRAM dans un de ses articles cite deux autres cas de
mort dont il ne donne pas le détail.

Dans le dernier cas, obs. 344 de STROMBECK, la mort est
dûe à une conclusion post-opératoire due à une adhérence
intestinale dans le foyer. Notons que dans ce cas, l'auteur
n'avait pas prélevé de ganglions lymphatiques et que l'ap-
pendicectomie fut seulement pratiquée.

A part ces trois cas, l'évolution fut toujours assez rapide-

ment favorable. Dans la moitié des observations la durée totale de la maladie n'excède pas douze jours. Les suites opératoires ne furent rarement troublées par des accidents infectieux.

Le pronostic éloigné de l'affection est bon. Trente-huit malades ont été revus de 6 mois à 8 ans après l'opération, trente d'entre eux ont été complètement guéri de tout symptôme abdominal et sont restés en bonne santé. Les autres malades ont présenté après l'opération les mêmes douleurs abdominales qu'avant l'opération ou les mêmes vagues troubles. C'est la « deuxième maladie » de PRIBRAM.

L'adénite aiguë mésentérique a été considérée par certains auteurs comme la source de graves complications abdominales aiguës et chroniques. Nous nous bornerons à décrire les complications aiguës qui sont le phlegmon du mésentère, l'infarctus intestinal.

Les phlegmons du mésentère sont rares, d'autant que des cas anciens, classiquement rangés sous cette rubrique n'ont souvent pas eu le contrôle opératoire ou nécropsique telle l'observation de LONG, partout citée où il semble s'agir d'une péritonite pneumococcique fistulisée à l'ombilic.

Nous rapporterons tout d'abord une observation de phlegmon localisé situé dans le mésentère d'une anse iléale observation de LEROY DES BARRES, qui montre la possibilité d'infection intramésentérique dans la pathogénie de laquelle l'appendicite ne joue aucun rôle.

Obs. de LEROY DES BARRES. — Le nommé H. d. A., 37 ans, entre dans notre service le 1^{er} septembre 1913. Dans ses antécédents à part une variole et une rougeole bénigne contractées dans son enfance, on ne trouve aucune particularité digne d'être notée. Pas de stigmates de syphilis, aucun signe de tuberculose.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital notre malade présente un peu de fièvre, puis surviennent des douleurs siégeant aux environs de l'ombilic et continuelles, ces douleurs présentaient des

exacerbations particulièrement le soir ; le malade remarquait qu'au moment de ces exacerbations il existait des irradiations dans tout l'abdomen et vers la région lombaire.

Au bout de 3 jours environ il perçut à gauche de l'ombilic une tuméfaction qui continua à s'accroître jusqu'au moment de son entrée dans notre service. Il présenta à ce moment un peu de diarrhée.

Actuellement H. d. A. présente à gauche de l'ombilic une tuméfaction étalée faisant une saillie notable, la partie qui fait ainsi saillie a le volume d'une petite orange. A son niveau la peau a conservé son aspect normal elle est mobile sur les plans profonds.

La palpation est douloureuse, elle permet de sentir, une masse dure, légèrement mobilisable dans l'abdomen, de forme irrégulièrement ovalaire à grand axe vertical, cette tuméfaction paraît absolument indépendante du foie et de la rate.

La tumeur est mate à la percussion. Le malade ne présente plus de fièvre.

Le diagnostic est indécis, nous pensons à la possibilité d'un abcès périgastrique consécutif à un ulcère de l'estomac, nous basant pour ce diagnostic sur la fréquence de cette dernière affection chez les Annamites, bien plus que sur les signes cliniques qui, à ce point de vue sont des plus vagues.

Le 2 septembre le malade est opéré avec l'aide de notre collègue et ami le Dr DEGORCE.

La laparotomie conduit sur une tumeur près des premières portions de l'intestin, siégeant dans le mésentère. A ce niveau le mésentère est rouge très vascularisé, la palpation permet de se rendre compte qu'il existe de la fluctuation. Le reste du mésentère est normal, les ganglions mésentériques ne sont pas notablement augmentés de volume.

Après isolement de la cavité péritonéale, la poche est ouverte, par l'incision s'écoule un pus verdâtre, bien lié, d'odeur fécaloïde, sa quantité est de 150 grammes environ.

La poche est drainée, puis on verse dans la couche péritonéale environ 100 grammes d'éther. Fermeture de la paroi en un plan au fil d'argent, avec orifice de passage pour le drain entouré d'une mèche.

Les suites furent des plus simples.

Le 3 septembre le pansement étant souillé, est changé, mais

le drain et la mèche ne sont retirés que le 4, un nouveau drain est remplacé:

Le 8, le drain est enlevé.

Le 10, la plaie ayant tendance à se fermer trop vite à la surface, une mèche est glissée entre les lèvres de l'orifice du drain et est renouvelée à chaque pansement, jusqu'au 17.

Le 13 les fils sont enlevés.

Le 6 octobre, la plaie est complètement cicatrisée, et le 8 le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

Un fragment de la poche examiné par le Dr DEGORCE a montré qu'il s'agissait de tissu ganglionnaire atteint d'inflammation aiguë, il n'existait aucune lésion tuberculeuse. Le pus examiné renfermait des microbes banaux (coli, etc.), mais pas de bacilles tuberculeux.

Dans cette observation, l'adénite suppurée siège dans les premières anses de l'iléon, donc à distance de l'appendice qui ne peut jouer aucun rôle dans la pathogénie de l'abcès.

L'observation de GOEBEL est aussi démonstrative car il n'y avait pas de lésions appendiculaires.

Obs. de GOEBEL. — Femme âgée de 51 ans, présente depuis 3 mois continuellement des douleurs sous formes de crampes ou de picotements, perte d'appétit, de temps en temps de la fièvre. Elle va régulièrement à la selle, quelquefois en diarrhée. Deux jours après un examen gastrique à la radio qui n'a rien montré, la malade se sent très mal, des douleurs abdominales intenses, insupportables, l'après-midi, fièvre élevée jusqu'à 39°9. Vomissements muqueux, constipation (la malade n'a pris que peu de nourriture).

Examen : l'abdomen est météorisé, matité dans les parties déclives, ascite libre, partout un peu de contracture, légère sensibilité à la pression dans la région appendiculaire. Leucocytose de 9 à 13.000, légère anémie, hémoglobine 63 %, G.B. 3.600.000 lymphopénie 18 %, diastase réaction positive. Trois jours après, transport à la clinique chirurgicale. On l'opère avec le diagnostic d'appendicite suppurée : on trouve nettement de la résistance, grande quantité d'exsudat séreux. Les anses terminales de l'intestin grêle forment avec le cæcum une masse de la taille du poing. Exclusion du péri-

toine par des sutures de la séreuse péritonéale et de l'épiploon aux parois abdominales, tamponnement à la gaze autour. Décollement des adhérences près du cæcum, ouverture d'une cavité abcédée à parois rigides, elle est drainée par un tube de caoutchouc et la gaze iodoformée. Malgré la réapparition des gaz, la mort survient 2 jours après par défaillance cardiaque progressive.

L'autopsie montre au niveau de l'abdomen des anses intestinales un peu gonflées avec un léger exsudat séreux, un cloisonnement de la grande cavité et la plaie opératoire, la cavité purulente va vers la racine du mésentère, où se vide le pus de plusieurs ganglions de la taille de noisette, l'appendice se trouve sur la paroi extérieure de la cavité abcédée et il n'est pas visiblement altéré.

Ces abcès mésentériques se présentent cliniquement comme des péritonites localisées et comme les abcès appendiculaires, ils sont exposés à se rompre et partant à déterminer une péritonite généralisée.

Obs. de H. BAILEY. — T. W., âgé de 22 ans, est admis à l'hôpital avec l'histoire clinique suivante : Alors qu'il était couché il fut saisi d'une violente douleur abdominale. Pas de vomissements. La douleur persiste avec la même intensité et s'étend à tout l'abdomen. Le pouls était à 120 et la température à 38°9. Rigidité musculaire presque totale, le quadrant supérieur droit de l'abdomen est presque souple. Le maximum de la sensibilité était dans la fosse iliaque droite.

On porte le diagnostic de perforation d'ulcère duodéal quoique l'élévation thermique à 38°9 rendit ce diagnostic improbable.

On ouvrit l'abdomen par dissociation musculaire, et l'appendice fut examiné et enlevé. Sa muqueuse fut trouvée normale. Comme un liquide trouble était répandu dans toute la cavité péritonéale, on pensa qu'après tout il avait un ulcère duodéal perforé. L'incision iliaque fut refermée et l'abdomen ouvert sur la ligne médiane. Il n'y avait pas de perforation, mais une masse ganglionnaire suppurée dans le mésentère jejunal, drainage sus-pubien, guérison.

Cette observation de H. BAILEY est plus discutable car elle manque d'un contrôle bactériologique, il s'agissait peut-être de la rupture d'une adénite tuberculeuse suppurée, dont on

a déjà rapporté plusieurs cas dans la littérature étrangère, surtout allemande.

La production d'adénophlegmons, la rupture même de ces abcès, doit être logiquement déduite des réactions ganglionnaires infectieuses, au sein desquelles on a mis en évidence des bactéries pyogènes. Moins admissible est la production de thrombose du mésentère, dont nous avons pu relever quatre cas attribués à la tuméfaction inflammatoire aiguë de ganglions mésentériques.

L'observation la plus détaillée est celle de CORNIOLEY, dont nous connaissons déjà une partie.

Obs. de CORNIOLEY. — M^{lle} de S., âgée de 20 ans, entre le 6 septembre 1925 dans notre service de l'hôpital cantonal de Genève, avec le diagnostic d'appendicite aiguë. On ne relate rien d'intéressant dans les antécédents familiaux. Dans son enfance elle aurait fait une coqueluche et une rougeole.

C'est par ailleurs une jeune fille fort bien constituée, possédant un très bon état général. Elle est vierge, réglée régulièrement.

Jusqu'alors bien portante, elle commence vers le 25 août 1925 à avoir de fortes douleurs dans tout l'abdomen. Ces douleurs sont accompagnées de diarrhée. Elle n'aurait pas eu de vomissements au début et l'affection aurait évolué sans température.

Cet état va cependant en s'aggravant : les douleurs depuis le 2 septembre paraissent se localiser particulièrement dans la fosse iliaque droite. Le 5 septembre elle aurait vomi plusieurs fois.

A l'entrée le 6 septembre, la température rectal est de 37°6. La température axillaire de 36°7. L'abdomen n'est pas ballonné, il n'est principalement sensible à la palpation du côté droit, sans que le point de Max Burney le soit particulièrement. Il existe un peu de résistance musculaire à droite, mais on peut cependant percevoir du gargouillement cæcal.

Le diagnostic le plus certain étant celui d'appendicite aiguë, on décide de l'opérer immédiatement.

Incision de Jalaguier : L'appendicite non adhérent est facilement extériorisé et extirpé. *A priori*, il ne présente rien de particulier. Par contre après avoir légèrement agrandi l'incision et en faisant l'exploration des organes abdominaux on rencontre à environ

70 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale un segment d'intestin grêle long de vingt centimètres très hyperémique, violacé, à parois œdématisées. Parsemés sur le segment du mésentère correspondant à cette anse grêle, on rencontre une série de ganglions, de la grosseur d'un pois à celui d'une noisette, situés entre les deux feuillets péritonéaux du mésentère, presque au niveau de la base d'implantation de cet organe, sur la paroi postérieure de l'abdomen.

Le péritoine qui recouvre ces quelques vingt ganglions intramésentériques n'est pas modifié ni hyperémique. Nous prélevons un de ces ganglions pour en faire faire une biopsie et le contrôle opératoire n'ayant décélé aucune autre lésion, estimant que la vitalité de l'anse hyperémisée était suffisante, nous refermons l'abdomen sans drainage.

Le lendemain il persiste un état nauséeux. Cependant le malade a eu des gaz.

Le 10 septembre la température rectale est de 37°6, le pouls 120 état nauséeux avec céphalée. Ventre souple, mais sensible dans toute la fosse iliaque gauche, et au-dessous de l'ombilic. La malade a émis des selles diarrhéiques avec réaction à la benzidine positive sans qu'on puisse parler de méléna.

Le 11 septembre l'état est stationnaire. Une culture de sang est restée négative. La formule leucocytaire est la suivante.

Neutrophiles.....	87 %
Eosinophiles.....	1 %
Lymphocytes.....	8 %
Grands monos.....	4 %
Hémoglobine.....	70 %

Examen d'urines négatif à tous points de vue.

Vers le soir, l'abdomen est un peu plus ballonné, mais toujours souple, sensible partout.

Le 12 septembre la malade va s'affaiblissant. Elle est prostrée. L'abdomen a encore augmenté de volume, les vomissements se sont établis.

Le 13 septembre la langue est sèche, vomissements porracés, le matin pouls 120. Température rectale 36°8.

A midi on décide de réintervenir, sans plus attendre. Laparotomie sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine il sort environ un litre de liquide séro-sanguinolent, ne possédant aucune odeur

(les cultures de ce liquide se sont montrées être dans la suite négatives).

Sur un mètre vingt, la partie de l'iléon immédiatement sus-jacente au cæcum est rouge violette, lie de vin. Quelques adhérences siègent à ce niveau. Le mésentère correspondant est farci de ganglions séparés les uns des autres. Les parois de l'anse intestinale malade sont très œdématiées, épaisses et l'anse elle-même ressemble à un gros boudin de charcutier rempli de matières liquides nauséabondes. Le péritoine mésentérique est injecté.

La gravité de ce cas est extrême, mais nous pensons que seule la résection de cette anse s'impose, malgré le peu de chance de réussite. Très rapidement nous faisons l'ablation entre deux pinces de Kocher de ce segment intestinal de 1 m. 20, et nous pratiquons après ligature des hanches de l'artère mésentérique (qui toutes donnent du sang), une anastomose termino latérale sur la partie médiane du côlon transverse.

Ailleurs les anses grêles avaient un aspect normal et le mésentère était indemne de toute tuméfaction ganglionnaire.

Malgré des soins post-opératoires énergiques et une transfusion de sang, la malade décédait de choc opératoire à 18 heures le même jour.

A la suite de cette observation. CORNIOLEY rapporte 3 cas de COLLINS dans lesquels on se trouvait en face d'une adénite aiguë du mésentère avec troubles de la circulation intestinale à ce niveau.

L'attribution de l'infarctus intestinal de la malade de CORNIOLEY à une adénite inflammatoire nous paraît hasardeuse. On peut sans doute admettre avec AMELINE et LEFEBVRE que « même en l'absence de lésions oblitérantes des vaisseaux mésentériques la présence de grosses masses de ganglions tuméfiés, ajoutée aux lésions de mésentérite sclérosante consécutive à la périadénite devienne une gêne à la circulation sanguine de l'intestin. « Mais dans l'observation de CORNIOLEY on note des adénopathies inflammatoires aiguës dans un mésentère normal. Les ganglions ne semblent pas plus comprimer les vaisseaux mésentériques que dans

l'observation de PONCET et RUTISHAUSER, où la cause de l'infarctus de l'appendice serait due à la compression des vaisseaux iléo-cæcaux par des ganglions tuberculeux.

Dans l'observation de CORNIOLEY, l'infarctus nous semble dû aux mêmes causes que l'adénite, c'est-à-dire à l'entérite infectieuse, dont on connaît le rôle dans la production de certains infarctus. MOULONGUET à la Société de chirurgie rapportait en 1931 un cas de Lecène d'infarctus iléo mésentérique dû à une entérite ulcéreuse, infarctus qui se rattache à la forme diffuse de l'entérite phlegmoneuse. Entre cette dernière forme et l'entérite ulcéreuse avec infarcissement, il y a sans nul doute tous les intermédiaires puisque, disait la description que donne de l'entérite phlegmoneuse HAMMER d'Amsterdam : « L'anse boursouflée rouge recouverte d'un enduit fibrineux, fera penser d'abord à un infarctus du grêle, affection qui ne sera pas toujours exclue avec certitude. »

Les adénites mésentériques aiguës ne jouent donc dans l'infarctus intestinal d'autre rôle que celui de témoin d'une entérite extensive.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Il n'y a pas de signes pathognomonique de l'adénite aiguë mésentérique et même après laparotomie il faut penser aux ganglions mésentériques pour les examiner. L'appendicectomie par incision latérale ne permet pas l'examen du cæcum, de la dernière anse iléale et des ganglions de l'angle iléo-cæcal. Cela explique peut-être certaines appendicectomies où les lésions appendiculaires ne dépassent pas la « folliculite hémorragique » de stase veineuse dûe à la ligature du méso.

Dans les observations où on mentionne le diagnostic préopératoire, on relève presque toujours le fait qu'on a pensé à l'appendicite aiguë. Néanmoins, quatre fois le diagnostic d'adénite aiguë mésentérique a été posé, et il a été vérifié deux fois par l'intervention. Dans les deux autres cas, GOLDBERG et NATANSON, forts de leur expérience basée sur près de vingt cas ont déconseillé l'intervention et les suites de l'affection a montré sinon la justesse de leur diagnostic, du moins l'absence de diffusion péritonéale d'une infection appendiculaire. On peut en effet soupçonner l'adénolymphite aiguë chez un enfant ou un adolescent qui à l'occasion d'une angine, d'une infection des voies respiratoires supérieures, présente des douleurs ombilicales médiocres, sans atteinte de l'état général, une élévation thermique discrète, localement de la défense musculaire non extensive, et une tuméfaction profonde peu mobile, douloureuse. BRENNEMAN, JENNINGS MARSHALL, qui se sont risqués à faire ce diagnostic insistent sur la non-diffusion de la défense musculaire. Le risque est grand et ne doit pas être couru. BRENNEMAN, rapporte l'observation d'un enfant qui dans les circonstances

étiologiques précitées, présente un tableau clinique peu alarmant, dont le peu d'altération de l'état général rassure le médecin qui fait le diagnostic d'adénite mésentérique. Le lendemain l'état s'aggrave rapidement et l'enfant est opéré in extrémis d'appendicite gangréneuse dont il meurt. GOLDBERG et NATANSON observent un enfant qui présente le tableau typique d'adénite mésentérique, néanmoins la leucocytose est à 31.000. Ils opèrent avec le diagnostic d'adénite aiguë et rencontrent des altérations de l'appendice dont l'heureuse ablation guérit l'enfant.

Il n'y a pas de signes probant de l'adénite aiguë mésentérique, la tuméfaction ganglionnaire profonde peut être simulée par des adhérences épiploïques péri-appendiculaires, elle peut être due à une adénite iliaque externe associée à une authentique appendicite aiguë, comme nous en avons rapporté des observations dans la première partie de ce travail. D'autre part, l'adénite aiguë mésentérique est le témoin d'une entérite, qui peut être une appendicite aiguë et qui même localisée à l'iléon est susceptible de déterminer des lésions infectieuses graves, entérite phlegmoneuse, péritonite par propagation, infarctus iléo mésentérique.

Le diagnostic d'adénolymphite mésentérique est à discuter même après l'ouverture de l'abdomen.

La présence de ganglions dans l'angle iléo-cæcal ne doit pas toujours être attribuée à la tuberculose, dont sans doute la fréquence est bien plus grande mais dont le diagnostic est grevé d'un tel pronostic et de telles sanctions thérapeutiques, qu'il ne doit pas être posé sans réflexions.

Tout d'abord il faut éliminer les affections ganglionnaires généralisées à tout le mésentère, dont l'étiologie doit être recherchée dans une affection générale. Il faut signaler cependant la forme abdominale de la fièvre ganglionnaire, affection fébrile du système réticulo endothélial, qui frappe surtout les enfants. Dans cette affection, la tuméfaction ganglionnaire est généralisée, il y a hépato splénomégalie, angine à caractères spéciaux, fièvre légère. Certains cas, où les douleurs

ganglionnaires abdominales étaient un peu plus vives que de coutume, ont été opérés avec le diagnostic d'appendicite aiguë : il y avait toujours adénopathie généralisée du mésentère, pas de lésions intestinales ou appendiculaires, mais adénopathie inguinale ou axillaire, splénomégalie dont la constatation préopératoire aurait dû faire repousser l'intervention.

Peut-on différencier les adénites inflammatoires aiguës des adénites tuberculeuses ? Les caractères distinctifs ne manquent pas. Les ganglions tuberculeux sont en général blancs, grisâtres, de consistance cohérente, ils sont réunis en amas avec périadénite qui se prolonge autour d'eux entraînés de mésentérite blanchâtre. Ils adhèrent aux feuilletts péritonéaux ou aux autres ganglions, ce qui rend leur ablation parfois plus difficile. A la coupe, ils sont blanchâtres et peuvent présenter des points ramollis caséeux ou calcifiés. Tous ces caractères distinctifs peuvent manquer au cas de poussée d'adénite tuberculeuse aiguë, aussi en cas de doute l'ablation d'un ganglion avec examen anatomo-pathologique est nécessaire ; il ne peut montrer que des lésions hyperplasiques banales aussi faut-il le compléter par l'inoculation au cobaye ou la culture sur milieu de LOWENSTEIN. Enfin après l'intervention la radiographie de l'abdomen montre souvent en cas d'adénites tuberculeuses des ombres surtout dans la fosse iliaque droite, dûe aux crétifications ganglionnaires.

On peut admettre sans crainte d'erreur que toute crétification ganglionnaire est d'origine tuberculeuse d'autant que dans la majorité des cas il s'agit d'enfants. En effet la crétification est dûe à l'imprégnation calcaire du foyer de nécrose ganglionnaire, qui chez l'enfant est dans la grande majorité des cas de nature bacillaire. Dans toutes les observations où la radio a été faite avant l'intervention elle a toujours été négative et l'est restée chez les malades revus jusqu'à 7 ans après l'intervention.

Enfin on a dans la cuti un précieux secours : négative elle

permet d'éliminer à peu près sûrement la tuberculose chez les jeunes sujets.

Quel qu'ait été le diagnostic préopératoire, l'intervention a toujours consisté en l'appendicectomie avec fermeture sans drainage. C'est un geste sage puisqu'on ne peut exclure l'appendicite aiguë de l'examen extérieur de l'organe. Un certain nombre d'opérateurs ont prélevé un ganglion mésentérique, geste absolument anodin et qui n'a jamais prolongé inutilement l'opération ou été à la source d'une complication post-opératoire. On pourrait craindre en effet une poussée infectieuse due à la manipulation des ganglions infectés, un suintement sanguin dû à une hémostase difficile ou des adhérences post-opératoires sur un point déperitonisé. La seule observation suivie d'occlusion post-opératoire due à des adhérences secondaires est celle d'un enfant chez qui on se borne à l'appendicectomie et l'autopsie montre la coudure du grêle à la face profonde de l'incision du péritoine pariétal.

L'examen anatomique et bactériologique du ganglion prélevé permet de fixer avec précision l'absence de tuberculose et de porter le diagnostic d'adénite aiguë mésentérique, sans oublier que cette réaction ganglionnaire inflammatoire est secondaire à une infection de son territoire lymphatique d'origine, appendice, fin de l'iléon, cæcum.

QUATRE-VINGT-QUATORZE OBSERVATIONS D'ADÉNOLYMPHITE MÉSENTÉRIQUE AIGUE

OBS. I. — WILENSKI et HAN, 1926

Un garçon de 11 ans a une crise nauséuse, seize heures avant son entrée à l'hôpital. Quelques heures plus tard on nota une vive douleur abdominale à droite de l'ombilic. Il commença à vomir et alla à la selle après une purgation. Le petit malade avait eu deux crises semblables quatre mois et douze mois auparavant. L'amygdalectomie a été pratiquée à l'âge de deux ans et demi. Il a eu la rougeole.

A son entrée dans le service, la température est à 38°9 et le pouls à 112. L'examen physique montre de l'hypertrophie du moignon de l'amygdale gauche. La langue est chargée. Il y a une vive douleur dans le F. I. D. avec contracture de la paroi abdominale. Pas de masse palpable. Pas d'autres signes. Examen du sang 14.200 G. B. avec 86 % de polys.

L'intervention est exécutée avec le diagnostic d'appendicite aiguë, l'exploration montre un appendice normal. Il y a une quantité modérée de sérosité fluide dans la cavité péritonéale. Les ganglions mésentériques sont trouvés augmentés de volume atteignant 2 à 3 fois la taille normale mesurant 1 à 3 centimètres de diamètre, mous et rosés. L'appendice et un ganglion furent enlevés et l'abdomen refermé sans drainage.

L'appendice montra des lésions inflammatoires chroniques. Le ganglion des lésions d'ordre circulatoire. La culture de la sérosité péritonéale montra un bacille gram négatif.

Les suites post-opératoires furent sans histoire, température revient à la normale le 6^e jour et l'enfant sort le 10^e jour.

OBS. II. — WILENSKI et HAHN, 1926

Un garçon de 15 ans est réveillé par une douleur abdominale généralisée. Il a des nausées, mais ne vomit pas. Deux jours après la douleur se localise dans le quadrant inférieur et droit. Trois jours plus tard, la douleur disparaît. La nuit, suivante, la douleur réapparaît et l'enfant est apporté à l'hôpital.

La maladie ne semblait pas très aiguë, la température et le pouls étaient normaux. Il n'y avait pas de poly-adénopathie.

L'abdomen montrait seulement une légère douleur à la décompression dans le quadrant inférieur et droit. Les autres examens furent négatifs ; le diagnostic pré-opératoire fut celui d'appendicite.

L'opération montra un appendice normal, une exploration complète de la cavité abdominale montra seulement de nombreux petits ganglions lymphatiques enflammés dans le mésentère de la fin de l'iléon. L'appendice fut enlevé ainsi qu'un des ganglions.

L'examen anatomo-pathologique montra : l'inflammation chronique de l'appendice et modifications circulatoires des ganglions.

La convalescence fut sans complication et le malade sort de l'hôpital le 13^e jour.

OBS. III. — WILENSKI et HAHN, 1926

Après un jeu violent au bord de la mer, une jeune fille de 13 ans présente un frisson et vomit. Des douleurs abdominales généralisées survinrent, persistant pendant la nuit suivante et le lendemain matin. Les vomissements persistèrent. Une crise antérieure de douleurs abdominales, trois ans avant, avait été diagnostiquée appendicite. La malade a eu la scarlatine, les oreillons et de la bronchite. Une adénite cervicale tuberculeuse avait été opérée 3 fois, mais au moment de l'admission à l'hôpital les cicatrices du cou étaient tout à fait fermées.

À l'entrée à l'hôpital, l'affection semblait aiguë. La malade se plaignait de douleurs abdominales. Les téguments avaient une couleur jaunâtre assez particulière, mais on ne trouva pas de pigments biliaires dans les urines. Les amygdales étaient légèrement congestionnées et les cryptes contenaient des exsudats purulents. L'examen de la poitrine ne montra aucune lésion.

Il y avait des douleurs abdominales diffuses qui étaient plus marquées à droite, à la hauteur de l'ombilic. Il n'y avait pas de rigidité musculaire et aucune masse perceptible. La numération leucocytaire était à 17.500 avec 83 % de polynucléaire. Il sembla plus sûr de ne pas différer l'intervention car le diagnostic d'appendicite pouvait être envisagé, bien que non certain. Les signes de toxémie et l'absence de symptômes abdominaux plaidaient contre l'appendicite mais la douleur abdominale, les vomissements, la fièvre et les douleurs incitaient à une intervention exploratrice.

L'opération montra l'appendice normal. Le mésentère contenait de nombreux ganglions lymphatiques enflammés dont l'un avait la taille d'un haricot. Il n'y avait pas de liquide dans la cavité abdominale. La rate n'était pas hypertrophiée. Les autres organes abdominaux furent trouvés normaux. Les suites post-opératoires furent normales et la malade quitta l'hôpital le 8^e jour. Les réactions de PIRQUET et de MANTOUX furent négatives.

OBS. IV. — WILENSKI et HAHN, 1926

Un enfant de dix ans a des signes abdominaux, deux jours avant d'être admis à l'hôpital la maladie commença soudainement avec des douleurs abdominales généralisées à type de crampes, qui avaient tendance à irradier vers la fosse iliaque droite. Dans cette région la douleur se localise après plusieurs heures. L'absorption d'huile de Castor amena de nombreuses évacuations alvines, mais il n'y avait ni sang ni mucus, ni autres éléments anormaux dans les selles.

Il n'y eut pas de vomissements. Après un certain temps, la douleur parut diminuer légèrement, mais bientôt elle revint avec une sévérité accrue. Il y avait eu quelques frissons au début de la maladie, et au moment de l'entrée à l'hôpital la température était à 38°9.

L'abdomen de l'enfant était modérément distendu. Il y avait une certaine tension du muscle grand droit dans sa moitié inférieure, mais pas de véritable rigidité et au point de Mac Burney il y avait une certaine douleur à la pression. Pas de masse palpable. L'examen des autres appareils ne montra que l'hypertrophie des amygdales.

On pratiqua immédiatement l'intervention avec le diagnostic d'appendicite aiguë. L'appendice ne montra aucune lésion macroscopique. La fin de l'iléon et le côlon ascendant étaient aussi normaux. Les ganglions mésentériques drainant ce segment du tube digestif étaient pour ainsi dire augmentés de volume et de taille variable entre $1/4$ et $3/4$ de pouce de diamètre. Les ganglions n'étaient pas conglomérés il n'y avait pas de périadénite, aucun de ces ganglions ne montrait de signes de résolution. Un de ces ganglions fut enlevé pour examen histologique et l'appendice enlevé suivant la technique usuelle par ligature, ablation et cautérisation du moignon. L'incision abdominale fut refermée sans drainage.

Le jour de l'opération, la température retomba à la normale et la guérison survint bientôt.

OBS. V. — WILENSKI et HAHN, 1926

Un jeune garçon hypoalimenté tombe malade brusquement et le tableau clinique ressemble beaucoup à celui des observations précédentes et à toutes les apparences d'une crise d'appendicite aiguë. Les symptômes étaient très nets, la fièvre élevée, le jeune garçon très atteint, et outre les phénomènes abdominaux de spasme, contracture, distension, une masse intra-abdominale était palpable dans la partie inférieure de l'abdomen, située à moitié dans la fosse iliaque droite, s'étendant en partie vers la ligne médiane et à gauche. Dans les résultats de l'examen général du malade, il n'y avait rien qui put faire reconnaître la cause de la lésion qui se trouvait dans la F. I. D. La durée de la maladie, qui était presque d'une semaine, et la présence de cette masse amenèrent à l'hypothèse que le tableau clinique était dû à un appendice enflammé, soit couvert par des adhérences épiploïques, soit entouré d'un abcès. Ce fut avec ce diagnostic que le malade fut opéré immédiatement.

A l'ouverture de l'abdomen, la masse apparut, recouverte par le mésentère et les anses intestinales qui entouraient cette zone étaient libres et semblables les unes aux autres. Un examen rapide montra qu'elles étaient normales, ainsi que l'appendice. Comme premier acte, l'appendice fut enlevé, un examen plus approfondi de la masse montra qu'elle était constituée par un certain nombre de

ganglions lymphatiques agglomérés et ramollis et la présence du pus fut mise en évidence quand au cours des manœuvres l'abcès fut rompu.

Il n'était pas possible, ou il ne sembla pas sage de faire un autre traitement que de constituer un drainage.

C'est ce qui fut fait et l'incision abdominale fut suturée sauf un angle par où sortait le drain.

Les suites post-opératoires furent mouvementées, la température resta élevée pendant plusieurs semaines avant de regagner son niveau normal. L'évolution fut marquée par une crise d'occlusion intestinale aiguë qui se manifesta avant la cicatrisation complète de l'incision abdominale, et qui nécessita une intervention chirurgicale. L'occlusion était due à une large adhérence dans le niveau de l'ancienne incision qui avait produit une angulation de l'intestin grêle. Comme l'état de l'enfant était précaire on se contenta d'établir une entérostomie aussi près que possible du niveau de l'occlusion.

La fistule stercorale fut efficace en faisant cesser l'occlusion et l'issue de matières par cette fistule se prolongea pendant plusieurs mois. Enfin la fistule fut fermée par une opération, au cours de laquelle l'anse intestinale fut libérée de ses adhérences, la fistule refermée. Cette intervention fut suivie d'une cicatrisation rapide et peu après l'enfant quitta l'hôpital guéri.

OBS. VI. — WILENSKI et HAHN, 1926

Un enfant de six ans ressentit une crise douloureuse dans la région ombilicale avec de la fièvre à 40°. Dans les dix jours suivants, la température oscilla entre 37°2 et 37°9 sans frisson. La douleur disparut. Il n'y avait ni vomissements ni diarrhée. L'enfant avait déjà souffert de crises fébriles à rechutes, caractérisées par nausées, vomissements, palpitation de cœur, qui survenaient tous les 3-4 mois et dont chacune avait duré plusieurs jours. Ces crises furent diagnostiquées « acidose ». L'année dernière, il n'y eut pas d'attaque.

Une otite moyenne suppurée et une adénite cervicale suppurée survinrent il y a un an, l'amygdalectomie fut faite alors.

A l'entrée à l'hôpital, le petit malade semblait être sérieusement

atteint. Le visage était rouge, la langue couverte, les dents en mauvais état et la gorge légèrement congestionnée. Il y avait de la rigidité de la moitié inférieure du grand droit droit, avec une douleur localisée à la région qui entourait le point de M. B. Le toucher rectal montra une légère douleur et une plénitude du cul-de-sac à droite. Les autres examens furent négatifs, le diagnostic d'abcès appendiculaire fut fait.

La laparotomie montra une masse dure au bord interne du cæcum et du côlon ascendant. La masse était couverte par l'épiploon et l'intestin adhérent et contenant du pus sans odeur, épais, gris jaune, l'appendice était apparemment normal. On pratiqua l'appendicectomie, l'abcès fut drainé.

Les suites post-opératoires furent orageuses. Il se forma un abcès résiduel qui fut évacué par l'incision première. Une pneumonie du lobe supérieur droit fut une autre complication intercurrente pendant la 5^e semaine.

La température atteignant 40°5 le 6^e jour et ne descendit pas à la normale avant le 25^e jour. Elle s'éleva de nouveau pendant la pneumonie de la 5^e semaine et n'atteignit définitivement la normale qu'à la 11^e semaine. La réaction de Pirquet fut négative. L'examen anatomique de l'appendice montra l'inflammation de la séreuse. Ceci est explicable par la proximité de l'abcès mésentérique. Le pus de l'abcès contenait du streptocoque hémolytique. L'abcès était probablement dû à une masse de ganglions mésentériques qui s'étaient rompus et avaient suppuré. L'abcès secondaire peut être un abcès résiduel, ou peut avoir été une répétition ou une continuation de processus originel, dans des ganglions voisins.

OBS. VII. — WILENSKI et HAHN, 1926

Quand le petit malade avait huit mois, il commença à se plaindre de troubles abdominaux qui survenaient par attaques irrégulières et le symptôme principal était une douleur abdominale difficile à décrire. Elle revenait à intervalles irréguliers. Aucun diagnostic ferme fut posé. A aucun moment le diagnostic d'appendicite fut soulevé.

A l'âge de cinq ans, le malade eut une nouvelle crise de cet ordre. La douleur abdominal était reportée dans la région ombilicale et

au côté droit de l'abdomen. Elle n'était pas associée à des vomissements, il y avait de la constipation au début la température fut peu élevée. Après la première semaine survint la tuméfaction des ganglions cervicaux et la température fut un type rémittent dans lequel les variations quotidiennes étaient de 35°5 à 40°, ceci continua une semaine. La tuméfaction des ganglions cervicaux persista et la température tomba à la normale et y resta plusieurs jours. Puis la douleur abdominale réapparut, la température, s'éleva de nouveau, et reprit son premier aspect, et l'enfant parut très malade. L'un de nous, WILENSKY vit à ce moment l'enfant en consultation.

A ce moment l'examen physique fut entièrement négatif, sauf la présence d'une tuméfaction dans le côté droit de l'abdomen à la hauteur de l'ombilic. Il y avait une certaine tension au-dessus de la masse, mais pas de rigidité. La région appendiculaire était singulièrement libre de tout signe objectif. L'examen des urines ne montra rien d'anormal, l'urine était macroscopiquement claire et il n'y avait pas d'éléments anormaux dans les sédiments. La formule blanche était 14.500, avec 50 % de polynucléaires. Réaction de Widal et de Von Pirquet étaient négatives. L'examen aux rayons X de l'appareil urinaire ne montra rien d'anormal pendant les trois jours suivants. La tuméfaction diminua graduellement et disparut, la température revint à la normale et il y eut une disparition spontanée de tous les symptômes.

La conclusion fut que les signes abdominaux avaient été dû à une lésion des ganglions mésentériques semblables à celle que l'on rencontre dans les ganglions cervicaux. La disparition de la masse abdominale fut exactement comparable à la disparition de tuméfaction dans les ganglions cervicaux.

OBS. VIII. — PRIBRAM, 1926.

Une jeune femme âgée de 28 ans, qui était atteinte d'angine récidivante, présentée à chaque apparition de l'infection tonsillaire, de la douleur à la pression, dans la région iléo-cæcale ce qui représentait un signe d'apparition concomittente d'un processus inflammatoire local. Finalement l'opération faite pour cette appendicite chronique a montré un appendicite peu modifié mais une lymphangite mésentérique évidente.

OBS. IX. — PRIBRAM, 1926.

Un homme qui présentait fréquemment des angines tombe brusquement malade avec des douleurs dans la fosse iliaque droite. Température 38°, 39°. Présence de signes d'irritation péritonéale, contracture abdominale ; dans la région iléo-cæcale, douleurs nettes à la pression.

Diagnostic clinique : appendicite. A l'intervention exsudat savonneux dans la cavité abdominale, hyperémie importante de la séreuse surtout dans la région iléo-cæcale et des feuilletés mésentériques. Les ganglions du méso-cæcum sont mous, de la taille du pouce, on enlève l'appendice qui se montre tout à fait normal.

OBS. X. — PRIBRAM, 1926, rapportée dans la thèse.

OBS. XI. — BRENNEMAN, 1927

Un enfant âgé de 3 ans 1/2 avait une infection évidente de ses voies respiratoires supérieures : gorge douloureuse, otite moyenne, toux et bronchite avec une fièvre continue peu élevée et aucun signe de pneumonie ; l'abdomen était très ballonné, douloureux, sans localisation précise ; il y avait quelques vomissements. Après consultation d'un chirurgien et d'autres pédiatres, la diagnostic d'affection abdominale fut rejeté et l'intervention déconseillée. Toutefois les signes abdominaux devinrent menaçants, dominant le tableau clinique. Les parents s'inquiétèrent et l'intervention exploratrice fut pratiquée par laparotomie médiane. On ne trouva que quelques taches hémorragiques sur l'intestin et une augmentation de volume des ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux. En dépit de l'intervention l'enfant guérit.

OBS. XII. — BRENNEMAN, 1927

Un enfant de 3 à 4 ans fut amené avec une légère angine et une otite moyenne peu grave. Il se plaignait que d'une légère douleur dans la région du point de Mac Burney, et on soupçonna l'appendice. Il n'y avait que peu de fièvre, très peu de sensibilité locale, pas de contracture. On sentait nettement dans cette zone une

masse peu douloureuse, petite et dure, à contours nets, mobile en tous sens, du volume d'une petite amande. On diagnostiqua une adénite mésentérique. Comme quelques jours après les symptômes avaient disparu, l'enfant fut renvoyé chez lui. Dans la même semaine une sœur aînée de l'enfant présenta le même tableau clinique ; le même chirurgien avec qui l'auteur avait vu le premier malade, vit l'enfant à 100 milles de la ville la plus proche, n'osant pas courir le risque que nous avons accepté en laissant l'enfant sous surveillance chirurgicale, il l'opéra. L'appendice n'était pas responsable de la maladie, mais dans toute la zone explorée, il y avait plus de douze ganglions mésentériques enflammés, de la taille d'une petite amande. La guérison survint sans encombre.

OBS. XIII. — BRENNEMAN, 1927

Un enfant âgé de 6 ans se plaignait de mal à la gorge et le diagnostic d'amygdalite fut fait par le médecin qui le vit. L'enfant souffrait un peu de l'abdomen et l'on envisagea le diagnostic d'appendicite. 5 à 6 jours après le début de l'affection, alors que l'angine était guérie, l'enfant se plaignit d'une violente et soudaine douleur paroxystique dans la partie basse de l'abdomen, surtout dans le côté droit et la région ombilicale. On mit en évidence une certaine sensibilité et une légère contracture diffuse. Le petit malade fut vu par le Dr WITHERS qui pensa que la douleur était due à une appendicite et qui appela un chirurgien. Ce dernier fit le diagnostic d'appendicite et opéra l'enfant.

L'appendicite était normal, on trouva plusieurs ganglions mésentériques dans le champ opératoire, dont l'un était aussi gros qu'un gros haricot, et le chirurgien rectifiant son erreur, fit le diagnostic de *tabes mesenterica*. La réaction de Von Pirquet fut négative et l'enfant, laissé sous surveillance médicale pendant plusieurs années n'eut plus aucun signe d'affection abdominale.

OBS. XIV. — BRENNEMAN, 1927

Un enfant de 8 mois présenta soudain de la fièvre à 41°1. La température persista entre 38°9 et 41°1 pendant six semaines sans que l'on ait trouvé autre chose qu'une angine au début et une

légère rougeur d'un tympan. Trois médecins virent le malade avec l'auteur à plusieurs reprises. L'exploration chirurgicale du sinus latéral fut faite à contre-cœur avec des résultats négatifs. Au moment de cette opération l'auteur palpa soigneusement l'abdomen en profitant de l'anesthésie générale et fut surpris de trouver entre le point de Mac Burney et le milieu de l'arcade crurale une masse ferme, mobile, oblongue, de la taille et de la forme d'un œuf. L'abdomen avait été quotidiennement examiné. On n'avait jamais pensé qu'il fut le siège des lésions ; il parut impossible que cette masse fut l'appendice et rien ne fut fait. Dans les 36 à 48 heures le tableau changea. L'état général de l'enfant empira, il fut prostré, vomit, se plaignant à chaque mouvement respiratoire. L'abdomen était météorisé et tendu et on sentait une large masse occupant la partie inférieure du cadran inférieur et droit de l'abdomen. A l'intervention faite quelques heures plus tard, on trouva une grande quantité de pus libre, l'état était tel qu'on jugea plus sage de ne pas explorer l'appendice. Malheureusement on ne put faire l'autopsie.

OBS. XV à XXII. — JENNINGS MARSHALL, 1928

Conclusions tirées de l'étude de 8 brèves observations.

OBS. XXIII. — BROWN, 1929

Orlando J..., garçon de 10 ans, de race blanche, entre à l'hôpital d'Enfants en mai 1929 se plaignant de douleurs dans le quadrant inférieur et droit de l'abdomen.

Son histoire est celle d'une amygdalite aiguë il y a 6 semaines, suivie il y a deux semaines environ par ce qui semble être une crise de R. A. A. L'état s'améliora et deux jours avant son entrée à l'hôpital, l'enfant avait toutes les apparences de la bonne santé.

Environ 48 heures avant son entrée, il ressentit de la douleur dans la partie inférieure de l'abdomen, plus marquée à droite accompagnée de sensations nauséuses, tous symptômes pour lesquels il fut purgé par sa mère. La douleur persista et il fut emmené à l'hôpital.

A son entrée, l'enfant ne semblait pas beaucoup souffrir, sa gorge était nette, et il n'y avait pas de douleurs articulaires. Il

n'y avait pas d'autres signes physiques qu'une douleur très nette et une augmentation de la résistance musculaire à la palpation de la partie inférieure de l'abdomen, surtout à droite. Il n'y avait pas de masse abdominale, la rate ne pouvait être perçue, le toucher rectal fut négatif, il n'y avait pas d'adénopathie cervicale, axillaire et inguinale.

L'analyse d'urines était normale et la leucocytose à 32.000 avec 90 % de polynucléaires.

L'enfant n'avait jamais eu de crise analogue, et la question se posait de savoir si l'état actuel est due à une appendicite ou à la maladie antérieure. On le met en observation quelques heures, la douleur et la résistance musculaire de la fosse iliaque droite augmentèrent quelque peu, la leucocytose passa à 37.000, les polynucléaires restant à 90 %.

Vu que nous avons très souvent enlevé des appendices présentant des lésions aiguës chez des enfants ayant encore moins de signes cliniques que ce qu'on rencontrait dans ce cas, le diagnostic d'attente d'appendicite fut fait et on pensa que le risque opératoire était moins grand que l'expectative.

A l'incision de l'abdomen, en dehors d'une congestion modérée de la séreuse, l'appendice semblait normal et ne pas être la cause de l'affection. L'exploration montra que les lymphatiques du méso appendice et dans le mésentère avaient de 3 à 10 millimètres de diamètre et présentaient des signes d'inflammation aiguë. L'appendice fut enlevé et l'abdomen refermé sans qu'on ait prélevé de ganglions pour l'examen, car c'est un fait connu qu'on a vu des péritonites extensives suivre l'ablation d'un ganglion mésentérique enflammé, surtout si l'infection est due au streptocoque.

En dehors d'une légère infection pariétale qui guérit rapidement, les suites opératoires furent normales. Trois semaines après l'opération, l'enfant pouvait être considéré comme guéri, bien que sa leucocytose atteignit toujours 22.000.

OBS. XXIV. — STROMBECK, 1932

M. âge 8 ans, diagnostic lymphadénite mésentérique, péritonite séreuse, appendicite catarrhale aiguë. Entre le 2 février 1923, sort le 16 février. Depuis 12 mois, a souffert de temps en temps

de douleurs abdominales post-prandiales avec des vomissements, tombe malade le 1^{er} février, avec des douleurs dans la fosse iliaque droite et des vomissements.

Examen pré-opératoire : presque aucun symptôme, 38°, sensibilité à la palpation profonde au point de Mac Burney.

Radio : pas de calcification abdominale.

Opération le 9 février. Grande quantité de sérosité dans l'abdomen, appendice légèrement tuméfié et injecté sans autre lésion. Iléon normal. Appendicectomie. Dans la partie inférieure du mésentère, il y a de nombreux ganglions friables, atteignant la taille d'une noisette, les uns sont près de l'intestin, les autres à la racine du mésentère. Un ganglion est enlevé. Examen histologique, lymphadénite simple.

Neuf ans après, le développement de l'enfant est normal. Absence de tout symptôme depuis l'opération. Abdomen non sensible.

Radio : pas de calcification dans l'abdomen.

OBS. XXV. — STROMBECK, 1932

F. âge 6 ans, diagnostic appendicite aiguë, péritonite séreuse, lymphadénite mésentérique aiguë.

Entrée le 27 décembre 1924, sortie le 3 janvier 1925.

Pas de troubles abdominaux antérieurs, tombe malade le 25 décembre avec des vomissements persistants, le 26 décembre légère douleur de brève durée dans la fosse iliaque droite ; la température depuis le début de la maladie atteint au maximum 37°4, l'état intestinal est normal. L'enfant est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Examen pré-opératoire : douleur profonde au point de Mac Burney.

Dans les urines rien à signaler.

Opération le 27 décembre : grande quantité de sérosité dans l'abdomen, l'appendice semble normal (examen histologique, séreuse très épaissie sans infiltration cellulaire, amas lymphoïdes tuméfiés). Un certain nombre de ganglions rose pâle atteignant la taille de noix se trouvent dans le mésentère de la fin de l'iléon dont les 10 derniers centimètres sont hyperémiés et ont des parois épaissies.

Revue un an après l'intervention, brèves coliques intermittentes. Sept ans après, absence de tout symptôme, abdomen non douloureux.

Radio : pas de calcification.

OBS. XXVI. — STROMBECK, 1932

M. âge 15 ans. Diagnostic lymphadénite mésentérique.

Entre le 12 septembre 1924, sort le 12 octobre.

Il y a deux semaines, diarrhée pendant deux jours, dans la nuit du 17 septembre, élévation thermique, pas de douleur, le 18 septembre 38°9, dernières selles le 17 septembre.

Examen pré-opératoire : T. 38°7, aspect pâle et misérable, on trouve dans la fosse iliaque droite une tumeur de la taille d'une noix qui semble bosselée, nettement sensible et mobile, pas de fièvre le 22 septembre.

Opération le 23 septembre. L'appendice semble normal (examen histologique, pas de lésion aiguë). Dans le mésentère de la fin du grêle et derrière le cæcum, il y a un gâteau ganglionnaire, partiellement blanchâtre. Autour de lui on voit des ganglions avec des lésions aiguës ; on en enlève un (examen histologique, lymphadénite aiguë, pas de signe de tuberculose).

18 jours après l'opération : on ne trouve plus de tumeur.

7 ans plus tard, absence de tout symptôme depuis l'opération, abdomen non douloureux.

Radio : pas de calcification intra-abdominale.

OBS. XXVII. — STROMBECK, 1932

F. âge 32 ans. Diagnostic iléo-appendicite aiguë + lymphadénite mésentérique aiguë + péritonite séreuse.

Entrée le 27 décembre 1924, sort le 10 janvier 1925.

Durant les douze derniers mois elle a ressenti à une ou deux occasions une impression de malaise et de tension dans le côté droit de l'abdomen. Tombe malade le 24 décembre avec des douleurs épigastriques. Le 26 décembre prend un bain de mer. Dans la nuit, elle éprouve de violentes coliques abdominales et des douleurs pon-

gitives dans la partie droite de l'abdomen. Deux heures plus tard, ces douleurs se localisent dans la F. I. D.

Examen pré-opératoire, 37°. Douleurs profondes dans la F. I. D., urines normales.

Opération : 10 heures après le début des violentes douleurs. Abondant liquide séreux dans l'abdomen. L'appendice est libre, injecté, la muqueuse gonflée, hyperémique dans sa moitié proximale (ex. hist. : atrophie muqueuse, pas de lésions aiguës).

Sur une distance de 20 centimètres à partir de la valvule iléo-cæcale l'iléon est très distendu, sa paroi est épaisse, tuméfiée et rouge. Dans la partie correspondante du mésentère, il y a des ganglions rose pâle tuméfiés, atteignant la taille d'une écale. Plus haut l'intestin est normal. Les organes pelviens et la vésicule sont normaux.

Même crise douloureuse pendant les cinq années qui suivent l'opération.

OBS. XXVIII. — STROMBECK, 1932

M. âge 12 ans, diagnostic entéro-appendicite aiguë. Entre le 2/1/1922, sort le 9/1.

A déjà ressenti des douleurs diffuses dans l'abdomen, douleurs qui disparaissent rapidement, parfois l'enfant devient pâle au moment des crises ; dans la nuit qui précède son admission, il est pris de violentes douleurs épigastriques et de vomissements. Le matin T. 37°3, pendant la journée diarrhée et T. 38°3.

Examen pré-opératoire, dans la soirée 38°6, certaine sensibilité et de la résistance musculaire dans la F. I. D.

Opération : le 2/1. Certaine quantité de sérosité dans l'abdomen. L'intestin grêle et l'appendice sont rouges, le cæcum plus pâle (ex. hist. : appendice montre une augmentation du tissu conjonctif dans la sous-muqueuse). Sur 50 centimètres la fin de l'iléon est distendue, la séreuse injectée et la paroi épaisse. Dans le mésentère présence d'un certain nombre de ganglions inflammatoires, augmentés de volume, atteignant la taille d'un haricot.

Sept ans plus tard. Absence de tout symptôme depuis l'opération. Abdomen normal.

Radio : pas de calcifications abdominales.

OBS. XXIX. — STROMBECK, 1932

M. âge 6 ans, diagnostic lymphadénite mésentérique. Entre le 7/5/1928, sort le 19/5.

Pas d'antécédents pathologiques. Tombe malade dans la nuit du 5 mai avec des maux de tête, douleurs dans la région ombilicale et vomissements. Les douleurs continuent d'une manière constante dans les jours qui suivent. Dans la nuit du 7 mai les douleurs empirent.

Examen pré-opératoire. T. 39°. R. S. 48, leucocytes 21.400, monos 8 %, sensibilité avec ébauche de contracture musculaire dans la F. I. D. jusqu'à l'ombilic, le 8/5 pas de fièvre.

Opération le 8/5 car le malade a eu une brève crise douloureuse dans la nuit. L'appendice semble totalement normal (ex. hist. : épaissement de la muqueuse avec des follicules secondaires augmentés, pas d'infiltration cellulaire de la paroi, cæcum et iléon normaux. Dans l'angle iléo-cæcal, il y a un amas de ganglions gris rouge un peu pâle, dans la racine du mésentère des ganglions semblables en amas. Pas de signe de tuberculose, on enlève deux ganglions lymphatiques dans l'angle iléo-cæcal (ex. hist. : inflammation du sinus). Inoculation au cobaye négative. Réaction à la tuberculine intra-cutanée, négative jusqu'à 10 milligrammes. Six mois après l'opération, absence de tout symptôme. Réaction de Von Pirquet négative les deux fois (bacilles bovin et humain).

Trois ans après l'enfant va bien.

OBS. XXX. — STROMBECK, 1932, rapportée dans la thèse

OBS. XXXI. — STROMBECK, 1932

M. âge 17 ans, diagnostic entérite aiguë + lymphadénite aiguë + péritonite séreuse. Admission 16/5/1924, sort 31/5.

Tombe malade le 13/5 avec de légères douleurs dans la région ombilicale, continue d'abord à travailler, bien que souffrant de douleurs qui le plient en deux. Le 15/5, les douleurs empirent, maintenant plus marquées dans la partie droite de l'abdomen. Pas de nausées, ni de troubles intestinaux.

Examen pré-opératoire (sous l'influence de la morphine), 39°, sensibilité dans la partie inférieure de la moitié droite de l'abdomen,

avec une sensation de résistance immédiatement au-dessus du point de M. B. Urines normales.

Opération : le 15/5. Péritoine injecté, grande quantité de sérosité dans l'abdomen. La séreuse intestinale est généralement rouge, la rougeur est plus nette dans la région iléo-cæcale. L'appendice ne présente pas plus de lésions que les anses environnantes (ex. hist. : séreuse très épaissie, pas de lésions aiguës). Dans la racine du mésentère, près de l'angle iléo-cæcal il y a un paquet de ganglions de la taille d'une orange ; on en prélève une partie. (Ex. hist. : tuméfaction de l'appareil réticulaire, adénite aiguë).

Le 27/5 hémogl. 79 % ; gl. r. 5 millions ; g. b. 15.200, monos 20 % pas de cellules pathologiques.

Sort guéri, vu 3 ans 1/2 après il se trouve bien et travaille depuis l'opération. Abdomen normal. Radio : pas de ganglions calcifiés dans l'abdomen.

OBS. XXXII. — STROMBECK, 1932

M. âge 5 ans, diagnostic : lymphadénite mésentérique aiguë. Admission le 9/2/1928, sort le 23/2.

A l'âge de 18 mois, tonsillectomie et ablation des végétations, coqueluche il y a deux mois. Le 6/2 douleurs dans tout l'abdomen, le matin du 8/2, l'enfant se plaint de nouveau de douleurs abdominales au-dessous de l'ombilic. Les douleurs reviennent à intervalle de plusieurs minutes pendant un certain temps et émigrent dans le côté droit, le soir. La T. est à 37°5. Le 9/2 au matin, 36°7. Pas de vomissements ni de frissons. Selles normales le 6 et le 7. Pas depuis.

Examen pré-opératoire. A 4 heures de l'après-midi. Bon état général, enfant petit et mince. 37°5. R. S. 48, G. B. 25.000, monos 19 %. Sensibilité nette dans la F. I. D. jusqu'au-dessus du point de M. B. où on sent une tumeur nodulaire ferme de la taille de la moitié d'un œuf. Urines normales. Examen de la gorge, amygdales de grande taille, pas d'adénopathie cervicale.

Opération le 9/2. Humidité de la séreuse péritonéale, péritoine pâle, sauf au niveau du cæcum de l'appendice et de la fin de l'iléon, où il est hyperémique. L'appendice semble normal (ex. hist. : des coupes sérieés montre l'épaississement de la muqueuse avec une

grande quantité de tissu lymphoïde et de follicules secondaires augmentés. Pas de signe de tuberculose. La séreuse est par endroit épaissie avec ça et là une infiltration périvasculaire de cellules rondes). L'iléon est normal, à part l'hypérémie de la séreuse. Dans l'angle iléo-cæcal confinant la paroi cæcale, ce qui rend son exposition difficile, on voit un paquet ganglionnaire grossièrement lobulé, ayant au moins la taille d'une noix, nettement saillante sous la surface antérieure du mésentère, mais aussi partiellement visible en soulevant le cæcum.

Ce paquet ganglionnaire est situé à droite des vaisseaux iléo-coliques ; son apparence est humide, gris rosé. Sa consistance ferme sans fluctuation. La séreuse qui le recouvre n'est pas plus hypérémique que celle qui l'entoure. Tout près des ganglions semblables, nombreux, de taille variant entre celle d'un pois et d'une amande sont situés dans la racine du mésentère jusqu'à un mètre de la valvule iléo-cæcale. Leur taille va en diminuant. Un ganglion de la taille d'un grain de café est enlevé juste au-dessus de la valvule de Bauhin pour inoculation au cobaye (inoc. nég. l'animal meurt d'infection septique). Réaction de Pirquet le 11 et le 16/2 négative.

Radio le 16/2. Pas de ganglions calcifiés dans l'abdomen. Pas de lésions du poumon ou des hiles. R. S. le 22/2 : 50, sort le 23/2, le paquet ganglionnaire est encore perceptible.

Admission de nouveau le 25/2 avec une légère otite aiguë droite.

Sept semaines après l'opération a augmenté de 2 kg. 300, va bien, pas de sensibilité abdominale ; on sent une masse nodulaire de la taille d'un œuf de pigeon juste au-dessus de la cicatrice opératoire. R. de Pirquet négative.

Trois mois après, pas de symptômes ; la tuméfaction a disparu. Pirquet négatif.

Sept mois après l'opération, pas de symptômes, peu d'appétit, a grossi de 2 kg. 600 depuis l'opération. Abdomen normal. Réaction à la tuberculine sous-cutanée 2 milligrammes : négative.

Trois ans et quatre mois après : absence de troubles, peu d'appétit, enfant très maigre mais de bonne apparence. A augmenté de 7 kilogs depuis l'opération. Pirquet négatif. Radio : pas de calcifications dans l'abdomen.

OBS. XXXIII. — STROMBECK, 1932

M. âge 9 ans, diagnostic : iléo-appendicite aiguë + lymphadénite mésentérique + péritonite séreuse. Admission le 11/12/1924, sort le 18/12.

Pendant les derniers mois a ressenti des douleurs abdominales faibles et diffuses à type de rongements, quelquefois du côté droit. Nausées après les repas. Fatigue vespérale. Le 8/12 crise aiguë avec frissons, T. 39° violentes douleurs dans la F. I. D. S'alite avec une température de 38-39° vers midi. Vomit dans la nuit qui précède l'admission. Selles normales.

Examen pré-opératoire : 38°. Tension musculaire modérée avec sensibilité très marquée dans tout le côté droit de l'abdomen, plus prononcée autour du point de M. B. Signe de Perman positif. Douleurs à la respiration profonde et à l'élévation du membre inférieur droit.

Opération le 11/12. Quantité modérée de liquide séreux dans l'abdomen : l'appendice semble normal (ex. hist. : le système lymphoïde est tuméfié, pas d'exsudat cellulaire dans la paroi). Le cæcum est légèrement hyperémique. Depuis la valvule iléo-cæcale jusqu'à 20 centimètres au-dessus, l'iléon est hyperémique et modérément distendu, avec un contenu clapotant ; dans le mésentère de la fin de l'iléon et du cæcum il y a plusieurs ganglions hypertrophiés. Les plus gros de la taille de noix sont situés derrière le cæcum ; les plus petits sont comme des pois. On enlève un petit ganglion. (Ex. hist. : adénite bien marquée).

Quatre ans après : absence de tout symptôme depuis l'opération. Abdomen non douloureux, réaction de Pirquet négative. Radio : pas de calcifications intra-abdominale.)

OBS. XXXIV. — STROMBECK, 1932

F. âge 8 ans, diagnostic : appendicite aiguë catarrhale + lymphadénite aiguë + péritonite séreuse. Admission le 18 juillet 1924, sort le 30/7.

Pendant les 12 derniers mois, a souffert de douleurs abdominales intermittentes durant un jour à peu près ; tombe malade le 16 juillet

avec des douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Nausées et fièvre. Pas de diarrhée.

Examen pré-opératoire : 38°8, douleurs intenses à la pression avec contracture musculaire et légère tuméfaction au-dessus du point de M. B. Urines normales.

Opération le 18/7. Liquide dans le péritoine. L'appendice semble sain, sa séreuse n'est pas plus hyperémique que celles des anses voisines (ex. hist. : dans la sous-muqueuse il y a des vaisseaux lymphatiques distendus avec leucocyte, témoin d'une appendicite aiguë). Dans le méso-appendice et le mésentère, nombreux ganglions atteignant la taille d'une noisette rassemblés en paquet ganglionnaire. Deux ganglions sont enlevés (Ex. hist. : inflammation purulente et infiltration de cellules éosinophiles, pas de signe de tuberculose.

Mort deux ans après de croup.

OBS. XXXV. — STROMBECK, 1932

M..., âge 22 ans, diagnostic : iléo-appendicite aiguë. Admission le 18/11/1926, sort le 25/11.

Il y a six mois, souffre un jour de tout l'abdomen puis du côté droit. Le 17/11, tombe malade. Douleurs abdominales diffuses, localisées le jour de l'entrée à la F. I. D. Pas de nausées ni de troubles intestinaux.

Examen pré-opératoire : 37°5. Légère contracture, nette dans le quadrant inférieur et droit de l'abdomen, sur une surface de la dimension de la paume, autour du point de M. B. Urines normales.

Opération le 18 novembre. Péritoine humide, l'iléon a un contenu clapotant. Appendice tuméfié avec séreuse hyperémique, rempli de sa pointe à sa base de 5 concrétions fécales solides, la muqueuse est tuméfiée et hyperémique. (Ex. hist. : lésions aiguës très douteuses). Dans le méso-appendice et le méso de la partie inférieure de l'iléon il y a quelques ganglions lymphatiques presque de la taille d'un haricot, la vésicule biliaire est normale.

Cinq ans après, la guérison clinique se maintient, abdomen non douloureux, radio : pas de calcifications intra-abdominales.

OBS. XXXVI. — STROMBECK, 1932

M. âge 9 ans. Diagnostic : iléo-appendicite aiguë + lymphadénite mésentérique. Admission le 12/4/1927, sort le 20/4.

Dans les derniers mois, deux crises douloureuses abdominales. Tombe malade le 10/4 avec des douleurs dans la région ombilicale et fièvre à 38°. Le 11/4, souffre de la partie inférieure et droite de l'abdomen. Nausées. Etat intestinal normal. Examen pré-opératoire : 37°3. Douleurs dans F. I. D. plus marquées autour du point de M. B. avec contracture à la palpation profonde. Urines normales.

Opération le 12/4. Grande quantité de liquide séreux dans l'abdomen. L'appendice semble normal (ex. hist. : la séreuse de la pointe est hyperémique). Pas d'autres signes d'appendicite. La partie inférieure de l'iléon a une paroi épaissie et la séreuse est hyperémique. Dans le mésentère, ganglions lymphatiques de la taille d'un haricot.

Cinq ans après, se porte bien depuis l'opération. Abdomen normal. Radio : pas de calcifications.

OBS. XXXVII. — STROMBECK, 1932

F. âge 4 ans. Diagnostic : iléo-appendicite aiguë. Admission le 20/11/1927, sort le 30/11.

Vomit depuis le 17 et souffre de temps en temps de douleurs abdominales surtout le 20 novembre.

Examen pré-opératoire : 38°3. Douleurs dans F. I. D.

Opérée le 20/11. Assez grande quantité de liquide séreux dans l'abdomen. L'appendice est hyperémique mais pas plus que l'anse grêle voisine, et tuméfié. (Ex. hist. : lésions anatomiques pas certaines). Dans le mésentère de la fin de l'iléon, ganglions humides de la taille d'un haricot.

Cinq mois après, guérison clinique, abdomen normal.

Réaction de Pirquet négative.

Deux ans après : traitée par la radiothérapie pour des adénopathies cervicales (tuberc. ?)

Quatre ans et trois mois après pas de symptômes abdominaux, abdomen normal.

Radio : pas de calcifications.

OBS. XXXVIII. — STROMBECK, 1932

F. âge 11 ans. Diagnostic : iléo-appendicite aiguë. Admission le 29/8/1927. Sort le 5/9.

Tombe malade le 28/8 souffre de douleurs abdominales et de maux de tête. Les douleurs augmentent le 29/8.

Examen pré-opératoire : 38°2. G. B. 17.600, monos 20 %. Légère douleur à la palpation profonde à droite dans l'abdomen. Une certaine douleur à gauche de la région épigastrique. Urines normales. Le jour suivant les douleurs augmentent et se localisent dans la F. I. D. 38°3.

Opération le 30/8. Sérosité fluide dans l'abdomen. Appendice légèrement hypérémique. A part cela semble normal. (Ex. hist. : légères lésions aiguës avec infiltration leucocytaire sous la muqueuse). La partie inférieure de l'iléon est hypérémique et légèrement tuméfiée avec des plaques de Peyer agminées et de nombreux ganglions augmentés de volume de la taille d'une noisette dans le mésentère correspondant. Réaction de Pirquet négative.

Dans les quelques mois qui suivent la sortie de l'hôpital l'enfant a deux crises douloureuses abdominales semblables à celle qui est survenue avant l'opération.

Revue le 21/4/1928, va bien, abdomen non sensible, réaction de Pirquet négative.

Quatre ans et six mois après, pas de symptômes. Radio : pas de calcifications dans l'abdomen.

OBS. XXXIX. — STROMBECK, 1932.

M. âgé 11 ans. D. : lymphadénite mésentérique. Adm. le 13/4/1928. Sort le 21/4.

Depuis de nombreuses années, souffre de céphalée, de fièvre à 39-40° et de douleurs gastriques qui durent 1 à 2 jours. Ces crises surviennent 5 à 6 fois par an, surtout en été. Dans les 12 derniers mois a eu plusieurs fois de l'urticaire. Le 12/4 tombe malade avec des douleurs abd. qui en peu d'heures deviennent si intenses que le malade a de la difficulté à se tenir debout. Ces douleurs se localisent alors au côté droit. Plus tard dans la journée frissons répétés. Le

13 avril souffre de nouveau du côté droit. Diarrhée. T. 40°6. La mère du malade a été atteinte de diarrhée un jour plus tôt.

Ex. préop. Faciès coloré, 39°1, R. S. 14. G. B. 23.500. Monos 13 %. Légères douleurs à la palpation profonde dans la F. I. D. entre l'ombilic et le point de M. B. Légère raideur de la nuque. P. L. liquide clair. 2 lymphos par mm³. Le 14/4 T. 38°2, la douleur est la même.

Opération le 14/4. Péritoine humide, appendice semble normal (ex: hist. muqueuse épaisse riche en tissu lymphoïde, séreuse épaissie avec çà et là des infiltrations périvasculaires de cellules rondes). Cæcum hypérémique. Les 10 à 20 derniers centimètres de l'iléon sont nettement hypérémiques avec des parois distendues et épaisses près de la valvule iléo-cæcale. A la face postérieure du cæcum, il y a de nombreux ganglions lymphatiques gris rosé, de la taille de pois et de haricot. Un de ces ganglions est enlevé pour inocul. au cobaye (elle est nég.). On voit d'autres ganglions tuméfiés dans la racine du mésentère et dans le mésentère de la fin de l'iléon. Un ganglion situé à 10 ou 20 centimètres de la valvule i. c. est enlevé (Ex. hist. Catarrhe du sinus, pas de tuberc.) cinquante centimètres plus haut les ganglions sont sains.

Le 16/4 R. de Pirquet négatif.

Le 18 : réaction à la tuberculine sous-cutanée négative.

Le 19 : radio : pas de calc. dans l'abd.

Un mois après guérison se maintient. Ex. de l'abd. négatif. Réaction de Pirquet négative. Intradermo à la tuberculine nég.

Six mois après. Bon état général. R. de Pirquet négative, intradermo négative.

OBS. XL. — STROMBECK, 1932

Rapportée dans la thèse.

OBS XLI. — STROMBECK, 1932

F. âge 11 ans. D. : iléo-appendicite aiguë, + lymphadénite mès. + péritonite séreuse. Adm. le 30 juin 1925, sort le 8/7.

Sœur de la malade précédente. Bons antécédents. Tombe malade 6 à 8 heures avant l'admission, malaise général. Douleurs dans la

partie inférieure droite de l'abd. diarrhée, frissons, fièvre à 39°2. Au moment de l'admission les douleurs sont moins nettes.

Ex. préop. 39°. Douleurs nettes limitées au point de M. B. et en dedans de lui, avec tension musculaire. La zone douloureuse a disparu une heure après. Urines normales.

Opération le 30 juin liquide séreux dans l'abd. Cæcum œdématié et hypérémique. L'appendice adhère à sa partie inférieure, contient à sa pointe des calculs stercoraux. Muqueuse très épaissie (Ex. hist. pas de signes certains de lésions inflammatoires aiguës). Une étroite bride épiploïque entoure la partie inférieure de l'iléon. Près du cæcum et dans le mésentère il y a des ganglions dont certains sont plus gros que des haricots.

Sept ans plus tard, pas de troubles abdominaux depuis l'opération.

OBS. XLII. — STROMBECK, 1932.

F. âge 14 ans. D. : iléo-appendicite aiguë + lymphadénite més. + péritonite sero-hémorragique. Adm. le 22/4/1925, sort le 7/5.

Sœur du 327. Il y a dix jours douleurs abd. à type de coliques, avec diarrhée, qui durent deux jours. Le 20 avril nouvelles coliques. Dans l'après-midi du 21 avril l'enfant se sent fatiguée, 38°9, douleurs abdominales au-dessous de l'ombilic puis les douleurs se portent dans la partie inférieure et droite de l'abd. Fonctions intestinales normales les jours précédents.

Ex. préop. 38°. A la palpation superficielle, douleurs marquées, à la partie inférieure de la moitié droite de l'abd. La douleur est plus marquée au centre de la F. I. D. ou plus tard sous anesthésie, entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'ombilic, on sent, à peu près à la hauteur de l'ombilic et profondément, une tumeur arrondie de la taille d'un poing d'enfant. Urines normales.

Opération le 22 avril. Grande quantité de liquide séro-hémorragique dans l'abd. Appendice adhérent à la base du cæcum. Sa muqueuse est très tuméfiée, surtout à la pointe (Ex. hist. muqueuse atrophiée, manquant par place, et remplacée par du tissu de granulation. Séreuse épaissie et infiltrée de cellules rondes). Le cæcum et la fin de l'iléon ont leurs tuniques hypérémiques et tuméfiées. Plus haut l'intestin est normal. Dans l'angle iléo cæcal qui est libre et où le mésocæcum est étendu, il y a un amas de ganglions

tuméfiés et enflammés de la taille d'un poing d'enfant. Deux ganglions furent extirpés. Ils étaient friables et humides. (Ex. hist adénite aiguë). Pas de signe de tuberculose. La semaine après l'opération T. 38-39°. L'enfant sort 14 jours après l'op.

Deux ans 1/2 plus tard, bon état général, abd. non douloureux réac. de Pirquet positive (érythème 10/8 mm.). Radio : pas de calc. abd.

Six ans plus tard : bon état général, abd. souple non douloureux. Radio : pas de calci. intra-abd.

OBS. XLIII. — STROMBECK, 1932

M. âge 9 ans, D. : iléo-appendicite aiguë, + lymphadénite mésentérique + péritonite séreuse. Adm. le 25/2/1924. Sort le 2/3.

Depuis une semaine douleurs, coliques et fièvre à 38°. Pas de diarrhée.

Ex. préop. 38°. Douleurs abd. diffuse plus marquées dans la F. I. D.

Opération le 25/2. Sérosité fluide dans l'abd. L'appendice est injecté et tuméfié mais pas plus que d'autres segments d'intestin (Ex. hist. pas de signes d'appendicite).

Dans le mésentère un certain nombre de ganglions atteignant la taille d'une noisette. Un ganglion gros comme un haricot est enlevé (Ex. hist. hyperplasie lymphoïde très marquée, les sinus ont presque disparu).

Neuf ans après : pas de symptômes depuis l'opération. Ex. de l'abd. normal.

OBS. XLIV. — STROMBERK, 1932

Rapportée dans la thèse.

OBS. XLV. — STROMBECK, 1932

M. âge 11 ans. D. : iléo-appendicite aiguë + lymphadénite més. + péritonite séreuse. Adm. le 5 avril 1927, sort le 12 avril.

Depuis le 2 avril a souffert de douleur abd. d'abord diffuses qui,

le 4 avril, sont localisées au côté droit. Le T. pendant les premiers jours a atteint 38-38°7. Vomissements le 4 avril, pas de diarrhée.

Ex. préop. 37°4. G. B. 12.000, inonos 59 %. Douleurs au point de M. B. avec contracture. Sous anesthésie on peut y sentir une tuméfaction solide nodulaire.

Opération le 5 avril. Petite quantité de liquide dans le péritoine. Appendice fortement adhérent, tuméfié et hyperémié. (Ex. hist. muqueuse épaissie avec hyperplasie lymphoïde, pas d'autres modifications). Fin de l'iléon normale. Dans le mésentère près du cæcum il y a un amas de la dimension d'un œuf, ganglions gris rosé atteignant la taille d'une mandarine. Un de ces ganglions plus gros est enlevé (Ex. hist. ganglion très tuméfié avec catarrhe du sinus et nombreux nodules secondaires).

Quatre ans plus tard, quelques douleurs, coliques de temps en temps. Bon état général. Pas de douleurs abdominales. A la radio, pas de calcification.

OBS. XLVI. — STROMBECK, 1932

F. âge 10 ans. D. : iléo-appendicite aiguë, + lymphadénite mésentérique. Entrée le 24 décembre 1924, sort le 5 janvier 1925.

Il y a cinq ans a eu une fièvre éruptive avec de violentes douleurs abdominales pendant deux heures. Depuis souffre de temps en temps de douleurs abdominales de brève durée irradiant vers le côté droit. Le 24 décembre dans l'après-midi, a ressenti de violentes douleurs dans le côté droit de l'abdominale. Les douleurs survenaient par crises violentes, et étaient tellement vives qu'elles pliaient en deux la malade et lui arrachaient des cris.

Examen opératoire. Sous l'influence de la morphine 37°1, douleurs profondes dans la F. I. D.

Opération. Six heures après le début de l'affection appendice hyperémique et tuméfié (ex. hist. tuméfaction du tissu lymphoïde). La paroi cæcale est épaisse surtout au niveau de la valvule i. c. La partie inférieure de l'iléon légèrement augmentée de volume est hyperémique. Dans le mésentère, ganglions lymphatiques tuméfiés de la taille d'amande verte.

Sept ans plus tard. Pas de douleurs abdominales, abdomen non douloureux. Radio : pas de calcification.

OBS. XLVII. — STROMBECK, 1932

F. âge 9 ans : D. : appendicite aiguë + lymphadénite mésentérique entrée le 5 juin 1925. Sortie le 14 juin.

Est soignée il y a deux ans pour des douleurs abdominales, dyspnée, avec température à 38-40° et signes d'irritation méningée. Pas de signes radiographiques de pneumonie. Entre de nouveau à l'hôpital il y a un an, pour des douleurs abdominales et de la diarrhée les selles sanglantes et glaireuses, 38°5 et des douleurs légères dans la F. I. D. Tombe malade le 5 juin 1925 avec des douleurs dans la partie inférieure et droite de l'abdomen. Vomissements répétés.

Examen préopératoire : 39°4. Douleur marquée à la palpation de la fosse iliaque droite, plus marquée au-dessus qu'en dedans du point de M. B. Dans l'anse droite deux ganglions douloureux, de la taille de haricot (plaie infectée du genou droit).

Opération 6 heures après le début de la maladie. Abondante sérosité fluide dans l'abdomen. Appendice injecté et très distendu muqueuse granuleuse sans grandes lésions (ex. hist. hyperplasie du tissu lymphoïde de la muqueuse : néo formation de tissu conjonctif dans la sous-muqueuse, pas de lésions aiguës très nettes). Le petit intestin clapote. La partie inférieure de l'iléon est injectée, dans le mésentère, de nombreux ganglions lymphatiques, de la taille d'un pois à celle d'un haricot brun.

Six ans plus tard : bonne santé. Pas de douleurs abdominales depuis l'opération, abdomen non douloureux. Radio, pas de calcifications.

OBS. XLVIII. — STROMBECK, 1932

M. âge 9 ans. D. iléo appendicite aiguë. Admis le 24 mai 1927, sort le 30 mai.

A déjà eu 4 crises abdominales douloureuses semblables. Tombe malade le 23 mai avec de vives douleurs à droite de l'ombilic et irradiant vers le f. il. droite. Température atteint plus de 38°.

Examen préopératoire : symptômes peu marqués. T. 37°7. Douleur légère à droite de l'ombilic.

Opération le 25 mai. Pas de liquide dans l'abdomen. La base de l'appendice adhère au cæcum, à part cela, semble normal. Examen

hist : nombreux follicules clos dans la muqueuse. Dans ses couches les plus superficielles, infiltration leucocytaire. Dans la partie inférieure de l'iléon plaques de Peyer tuméfiées. Dans le mésentère correspondant il y a de nombreux ganglions lymphatiques de la taille de haricot.

Quatre ans et demi après l'opération. L'enfant est fort et solide, ne s'est plus jamais plaint de l'abdomen. Il y a un an, amygdaléctomie. Abdomen non douloureux. Radio : pas de calcification.

OBS. XLIX. — STROMBECK, 1932

M. âge 10 ans. D. lymphadénite aiguë mésentérique. Admis le 27 septembre 1928, sort le 4 octobre.

Trois semaines avant l'entrée à l'hôpital, à vomir pendant quelques jours mais n'a pas eu de douleurs abdominales. Depuis le 25 septembre. crises douloureuses secondaires dans la région ombilicale, qui durent une demie-heure et surviennent la nuit.

Examen préopératoire : T. 38°2. Réaction de sédimentation 23. Leucocytes 17.000. Monos 23 %. Légère douleur au point de M. B. Radio, pas de calcification dans l'abdomen.

Réaction à la tuberculine 1 milligramme intradermique négative, 10 milligrammes + + +.

Opération le 29 septembre (Auteur). L'appendice semble normal. Examen histologique : épaississement de la muqueuse avec de gros follicules lymphatiques.

La partie inférieure de l'iléon est dilatée, tuméfiée est plus distendue que plus haut. Les plaques de Peyer nettement tuméfiées surtout près de la valvule iléo cæcale.

Dans le mésentère correspondant il y a un certain nombre de ganglions lymphatiques, plats, gris rosé, de la taille de haricot. Pas de signes de tuberculose.

Trois ans et demi après, plus de symptômes morbides depuis l'opération. Abdomen non douloureux. Radio : pas de calcification.

OBS. L. — STROMBECK, 1932

F. âge 21 ans. D. : iléo-appendicite aiguë. Admis le 27 octobre 1926. Sort le 3 novembre.

Dans les douze derniers mois a eu des douleurs intermittentes vers la partie inférieure et droite de l'abdomen. Tombe malade dans la soirée du 26 octobre avec des douleurs épigastriques et des frissons.

Vomi dans la nuit. Les douleurs irradient en bas et l'abdomen devient douloureux dans sa partie inférieure et droite.

Examen pré-opératoire : 38°7. Douleur dans le côté droit de l'abdomen, plus marquée dans la fosse iliaque droite, où il y a une légère contracture.

Opération le 27 octobre. Un peu de sérosité intra-péritonéale. Appendice libre, légèrement injecté. Examen histologique : muqueuse épaissie par hyperplasie lymphoïde, sclérose de la sous-muqueuse, pas de lésions aiguës. Plénitude du cæcum et de la partie inférieure de l'iléon qui clapote. Dans le mésenteriolum et le mésentère de la partie terminale de l'intestin grêle, il y a quelques ganglions augmentés de volume.

Les organes pelviens sont normaux.

Cinq ans plus tard, ne s'est plus plaint depuis l'opération. Radio : pas de calcifications dans l'abdomen.

OBS. LI. — STROMBECK, 1932

M. âge 14 ans. Diagnostic : lymphadénite mésentérique. Admis le 11 octobre 1928. Sort le 17 octobre.

Il y a 6 mois, a ressenti pendant deux jours une impression de pesanteur dans la fosse iliaque droite. Depuis 5 jours, souffre de vives douleurs à la même place. T. 37°5 au plus.

Examen pré-opératoire. Etat général intact. Réaction de sédimentation : 6. Légère douleur à la palpation profonde, immédiatement à droite de la ligne médiane depuis un plan horizontal passant par l'ombilic jusqu'un peu au-dessous. Urines normales. Pas de calcifications visibles à la radio. Radio des poumons, négative.

Opération le 11 octobre. L'appendice semble normal. (Ex. hist. : rien) Iléon normal. Dans son mésentère à 20 centimètres de l'angle iléo-cœcal il y a deux ganglions brun rouge, mous de la taille d'un haricot.

Trois ans plus tard : plus de douleurs depuis l'opération, abdomen non douloureux. Radio : pas de calcifications.

OBS. LII. — STROMBECK, 1932

F. âge 8 ans : Diagnostic : lymphangite mésentérique aiguë. Admis 4 octobre 1928. Sortie le 9 octobre 1928.

Depuis 3-4 ans a eu des crises douloureuses épigastriques avec douleur siégeant autour de l'ombilic et irradiant vers la partie inférieure de l'abdomen à droite et à gauche, ne souffre plus pendant plusieurs mois puis les crises reprennent sans interruption. Souffre de nouveau le 1^{er} octobre après deux jours de répit : les douleurs reprennent le 3 octobre, à type de coliques à siège ombilical. Elles persistent le jour de l'admission à l'hôpital.

Examen pré-opératoire : 37°5. Leucocytes 13.400 ; Monos 18 %. Légère douleur avec résistance musculaire dans une petite zone immédiatement à droite de l'ombilic.

Opération le 4 octobre : légère sérosité intra-péritonéale, appendice mobile tordu sur lui-même (Ex. hist. : pas d'appendicite).

La partie inférieure de l'iléon distendue en quelque sorte. Près de la valvule iléo-cæcale, on sent une plaque de Peyer nettement palpable. Dans le mésentère il y a de nombreux ganglions lymphatiques gris rosés, de taille de haricot, collecteurs d'une longueur d'intestin de 20 à 25 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Réaction intra-dermique à la tuberculine, négative jusqu'à 10 milligrammes.

Radio : pas de calcification dans l'abdomen : poumons et hiles pulmonaires normaux.

Trois ans plus tard : la guérison se maintient.

OBS. LIII. — STROMBECK, 1932

F. âge 9 ans. Diagnostic : lymphadénite aiguë. Admis le 3 octobre 1928. Sortie le 10 octobre.

Dans les douze derniers mois, a souffert deux fois dans la fosse iliaque droite pendant quelques jours. Depuis 3 jours légères douleurs dans la région ombilicale le jour de l'entrée, vomissement et vives douleurs dans la fosse iliaque droite. Envoyée à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite.

Examen pré-opératoire : 37°9. Réaction de sédimentation 20.

Leucocytes 8.900 monos. 20 %. Douleur nette à la palpation profonde immédiatement à droite et au-dessous de l'ombilic, de plus résistance du grand droit droit.

Opération le 3 octobre, sérosité intra-péritonéale. L'appendice adhérent à la face antérieure de la dernière anse grêle par des adhérences lâches de fibrine, est, à part cela normal.

Examen histologique : Abondance de tissu lymphoïde dans la muqueuse et oxyures dans la lumière. La partie inférieure de l'iléon sur 50 centimètres est distendue, légèrement injectée et à une paroi nettement épaissie, on palpe nettement une plaque finement granuleuse 10 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Dans le mésentère de l'iléon il y a des ganglions gris rosés, comme des billes, de taille d'un grain de café à celle d'un haricot de consistance homogène, et s'étendant de l'angle iléo-cæcal jusqu'à la face antérieure de la colonne vertébrale. Ils diminuent de taille quand on remonte sur l'iléon qui est plus pâle et affaissé. Pirquet négatif. Intra-dermo à la Tuberculine.

Radio : Ombre ganglionnaire para-trachéale droite, de la taille d'une amande.

Trois ans et 5 mois après, guérison depuis l'opération. Pas de douleurs. Radio : pas de calcification dans l'abdomen.

OBS. LIV. — STROMBECK, 1932

M. âge 5 ans. Diagnostic : lymphadénite prés. tub. ? Entre le 4 juillet 1928. Sort le 10 juillet.

Bonne santé antérieure. Dans l'après-midi du 2 juillet souffre de douleurs abdominales pendant un moment. Le 3 juillet l'enfant est repris des mêmes douleurs dans la partie droite de l'abdomen. Vomit un peu plus tard. Dans la nuit du 4 juillet se plaint de nouveau.

Examen pré-opératoire : 37°5. Réaction de sédimentation : 3. Leucocyte 17.700. Monos 11 %. Pirquet +. Douleur intense au point de M. B.

Opération : Le 4 juillet, sérosité intra-abdominale. Appendice mobile, semble normal. (Ex. hist. : hyperplasie lymphoïde, séreuse épaissie avec infiltration de cellules rondes).

L'iléon près de la valvule iléo-cæcale est injecté : sa paroi est

épaissie et il semble alourdi par un contenu liquide qui clapote. Deux plaques de Peyer hypertrophiées à 20 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Leur correspondant directement dans le mésentère, plus près de la racine que du bord libre, il y a un gâteau ganglionnaire bosselé de la taille d'une noix avec des parties transparentes blanc jaune çà et là. Autour de ce gâteau ganglionnaire il y a de l'œdème s'étendant vers l'intestin. Dans le voisinage et en descendant vers l'angle iléo-cæcal, il y a des glandes assez molles de la taille d'un pois, quelques-unes plus grosses.

La radio des poumons montrent des petites calcifications hilaires bilatérales.

Trois ans et 1/2 plus tard, guérison complète depuis l'opération, abdomen non douloureux.

OBS. LV. — STROMBECK, 1932

M. âge 10 ans. Diagnostic : lymphadénite mésentérique aiguë. Entre le 13 juin 1929. Sort le 20 juin.

Depuis une semaine, se plaint de l'estomac. N'a pas d'appétit, ne se sent pas bien. Depuis deux jours s'est couché avec des douleurs plus vives dans la région ombilicale. T. le 12 juin : 37°6.

Examen pré-opératoire : Pâle et maigre, 39°2. Réaction de sédimentation 36. Leucocytes 10.000. Douleur sur une surface de la dimension de la paume de la main, à droite et au-dessous de l'ombilic, dans la même zone de résistance.

Opération le 13 juin. Sérosité intra-abdominale en quantité modérée. L'appendice semble normal. (Ex. hist. : lésions inflammatoires de la séreuse, infiltrations leucocytaires dans la muqueuse). La paroi de l'iléon près de la valvule iléo-cæcale est épaissie d'une façon diffuse par une plaque de Peyer élargie. Dix centimètres plus haut la paroi intestinale est d'apparence normale. Dans l'angle iléo-cæcal on sent un ganglion, au moins de la taille de la 2^e phalange du pouce, et un autre un peu plus haut et vers la ligne médiane. Quelques ganglions de plus petite taille peuvent être perçus dans la racine du mésentère.

Vingt six mois plus tard, guérison complète depuis l'opération. Abdomen non douloureux. Radio : pas de calcification intra-abdominale.

OBS. LVI. — STROMBECK, 1932

M. âge 22 ans. Diagnostic : lymphadénite aiguë mésentérique. Entre le 19 décembre 1928. Sort le 29 décembre.

Depuis les 6 derniers mois a des périodes de constipation. Il y a quinze jours, tombe malade et se plaint de douleurs abdominales plus marquées dans la fosse iliaque droite, des frissons, des vomissements. Reste alité les 4 premiers jours, se remet à travailler jusqu'au soir de l'admission, tous les jours sauf un où les douleurs furent particulièrement vives.

Examen pré-opératoire : 37°8. Douleur autour du point de M. B. Opération le 19 décembre. Incision de M. B. Sérosité dans le péritoine. Cæcum pâle. L'appendice montre une injection évidente de la séreuse, sa moitié proximale est entourée d'adhérences. (Ex. hist. : cellules de pus dans la lumière, augmentation de leucocytes groupés par paquets dans la muqueuse). Tout près de la valvule iléo-cæcale il y a un épaississement marqué de la paroi de l'iléon sur une distance de 4-5 centimètres, de l'autre côté de l'attache mésentérique (Plaques de Peyer). La séreuse qui le recouvre est injectée, et à manipuler l'intestin, on détermine de petites hémorragies sous-séreuses. Dans l'angle iléo-cæcal il y a un certain nombre de ganglions arrondis de la taille de noisettes.

Plus haut, dans la racine du mésentère, il y a aussi haut qu'on peut le percevoir, un grand nombre de ganglions, de la taille de noix. Un amas ganglionnaire particulièrement important est situé à gauche de la ligne médiane au-dessus du prémonitoire.

Le mésentère est court et tendu, spécialement là où il correspond aux plus grands amas ganglionnaires. Après l'opération, traitement radiothérapique. Ne présente plus aucun symptôme. Deux mois après l'opération, guérison complète : réaction de sédimentation 3. Légère douleur à la palpation profonde entre l'ombilic et la cicatrice opératoire.

Deux ans après l'opération la guérison se maintient et le sujet a recouvré sa capacité de travail. La douleur est la même. Radio : pas de calcifications intra-abdominales.

OBS. LVII. — STROMBECK, 1932.

M. âge 16 ans. Diagnostic : lymphadénite mésentérique aiguë entre 1^{er} novembre 1929. Sort le 11 novembre.

Il y a deux ans, a souffert pendant une quinzaine de douleurs dans la région ombilicale, qui l'obligent à s'aliter. Souffre actuellement des mêmes symptômes depuis une semaine mais travaille jusqu'au 31 octobre.

Examen pré-opératoire : T. 37°5. Douleur marquée au point de M. B.

Opération : le 1^{er} novembre. Assez grande quantité de sérosité intra-abdominale. Appendice pâle, semble normal (Ex. hist. : appendice presque entièrement oblitérée sans lésions inflammatoires. Dans la racine du mésentère, il y a un gâteau ganglionnaire de la taille d'un œuf de pigeon. Un ganglion est enlevé (Ex. hist. : hyperplasie généralisée : quelques nodules secondaires. Réaction de sédimentation (2 nov.) 20 ; 7 novembre : 11.

Vingt mois après l'opération : guérison clinique. Travaille dur : Parfait état. Abdomen souple et indolore. Radio : pas de calcifications.

OBS. LVIII. — STROMBECK, 1932

M. âge 12 ans. Diagnostic : lymphadénite mésentérique aiguë + oxyures. Admis 23 septembre 1929. Sort le 30 septembre.

Depuis le 18 septembre a des douleurs intermittentes dans la partie inférieure et droite de l'abdomen, jusqu'au 22 septembre, date à laquelle les douleurs deviennent plus intenses. Fonction intestinale normale. Pas d'élévation thermique.

Examen pré-opératoire : T. 37°8. Réaction de sédimentation 20. Leucocytes 26.000. Douleur dans tout le côté droit de l'abdomen plus marquée dans le F. I. D.

Opération le 23 septembre : grande quantité de sérosité dans l'abdomen. Dans l'angle iléo-cæcal il y a plusieurs ganglions injectés de la taille d'une noisette et tuméfiés avec aspect gélatineux. Quelques ganglions du même type mais plus petits peuvent aussi être sentis dans la racine du mésentère. Le cæcum est haut et

l'appendice se dirige en haut est coudé et fixé par des adhérences solides à la veine porte. De nombreux oxyures dans sa lumière. (Ex. histologique ; pas de lésions aiguës nettes). Sort guérie.

Le 9 octobre 1929, douleurs abdominales à type occlusif. Entre de nouveau le 11 octobre. Radio : pas de calcification.

Opération : occlusion du grêle due à des adhérences dans la région opératoire, meurt de toxémie. A l'autopsie aucune lésion tuberculeuse dans les ganglions lymphatiques tuméfiés du mésentère. Ex. hist. : lymphadénite aiguë avec catarrhe du sinus.

OBS. LIX. — STROMBECK, 1932

F. âge 19 ans. Diagnostic : Iléite + lymphadénite mésentérique aiguë. Entre le 17 mai 1929. Sort 31 mai.

Depuis 4 jours a des douleurs abdominales d'insensibilité variable. Les douleurs commencent dans le milieu de l'abdomen et irradient progressivement vers le côté droit. Souffre à la marche, vomit le matin de l'admission, envoyé à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Examen préopératoire : état général excellent. 37°9. Réaction de sédimentation 14. Leucocytes 12.600. Douleur nette immédiatement à droite et au-dessous de l'ombilic. Vierge. Urines normales.

Opération le 17 mai. Appendice semble normal. Examen histologique, pas de signes nettes d'appendicite : A deux centimètres de la valvule iléo-cæcale il y a une plaque de Peyer tuméfiée de la taille d'une amande. La séreuse qui la recouvre est épaisse et injectée. Le long des vaisseaux iléo-cæcaux il y a un important œdème inflammatoire et 6-8 ganglions de la taille de noix d'Espagne, qui semblent fermes et élastiques. Pas de signes de lésions tuberculeuses abdominales. Les organes pelviens sont normaux. Intradermo à la tuberculose : 0 mm. 1. Radio : pas de calcifications intra-abdominales ; quelques rares ombres glandulaires, de la taille d'un haricot brun dans le hile pulmonaire droit. Pas de lésions parenchymateuses nettes dans le poumon.

Deux ans et 9 mois après, guérison clinique depuis l'opération. Pas de calcification intra-abdominale.

OBS. LX. — STROMBECK, 1932

F. âge 20 ans. D. Lymphadénite més. aiguë : admis 22 octobre 1930, sort le 3 novembre.

Depuis quatre ans souffre deux fois par an dans la partie inférieure et droite de l'abdomen. Ces douleurs durent 2 à 3 jours. A l'occasion d'une de ces crises le malade fut examinée par un médecin qui fit le diagnostic d'appendicite. Tombe malade le 21 octobre avec des douleurs qui ont le même siège. A l'entrée les douleurs persistent.

Examen préopératoire. Douleur profonde à droite et un peu au dessous de l'ombilic. Urines normales. Radio de l'appareil urinaire négative. Pas de calcifications ganglionnaires. Pirquet : + : papule de 5 millimètres. Sérodiagnostic de typhoïde et paratyphoïde négatif.

Opération le 24 octobre appendice semble normal (examen histologique pas d'appendicite). Iléon parafaitement normal. Dans le mésentère près de l'attache du méso appendice il y a deux ganglions gris rosé, à peu près de la taille d'un haricot. Ils sont enlevés ainsi qu'un ganglion mésentérique plus haut situé. L'inoculation au cobaye d'un ganglion fut négative ; l'examen d'un autre ganglion montra des lésions lymphoïdes, avec plusieurs nodules secondaires de dimensions moyennes. Le côlon droit semble parafaitement normal ainsi que la vésicule biliaire.

Neuf mois plus tard : douleur abdominale et crises du même genre qu'avant l'opération.

OBS. LXI. — STROMBECK, 1932

M. âge 16 ans. D. lymphadénite mésentérique aiguë. Admis le 27 mai 1929, sort le 1^{er} juin.

Pas de douleurs abdominales dans les antécédents. Tombe malade dans la nuit du 23 au 24 mai avec des vomissements, diarrhée et de la fièvre à 38°. C'est seulement dans la soirée qui précède l'admission que les douleurs apparaissent, autour du point de M. B. irradiant dans le dos, et venant par crises parfois si douloureuses que le malade se plie en deux et pousse des cris. Le matin du jour de l'entrée à l'hôpital les douleurs réapparaissent, avec de la diarrhée.

Examen préopératoire : T. 37°5. Abdomen un peu distendu avec douleur dans la plus grande étendue de la fosse iliaque droite, où existe une certaine résistance musculaire.

Opération le 27 mai : Sérosité en quantité assez importante dans l'abdomen. L'appendice nettement injecté, la pointe augmentée de volume, de la dimension d'une bille avec un calcul stercoral palpable, 20 à 30 centimètres d'iléon immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cæcale sont injectées, mais la paroi n'est pas nettement infiltrée, pas de plaques de Peyer palpables. Dans le mésentère, à 3 centimètres de l'angle iléo-cæcal, il y a un ganglion lymphatique de la taille d'une amande qui n'est pas particulièrement dur, et dans la racine du mésentère, autour de la bifurcation aortique et plus haut, il y a un certain nombre de ganglions, d'une taille variant entre celle d'un pois à celle d'une noisette. Réaction de Pirquet + — Papule de 7 millimètres de diamètre 24 heures après.

Vingt-cinq mois après, guérison depuis l'opération. Pas de douleurs. Radio : pas de calcifications.

OBS. LXII. — STROMBECK, 1932

M. âge 18 ans. D. lymphadénite mésentérique aiguë. Admis le 27 mai 1929, sort le 3 juin.

Pas d'antécédents morbides. Tombe malade il y a 15 jours avec des douleurs dans tout l'abdomen. Les douleurs sont irrégulières et principalement au cours du redressement les douleurs deviennent si intenses que le malade se courbe pour obtenir quelque soulagement. Il se sent faible et fatigué, n'a pas d'appétit.

Examen préopératoire : souffre dans tout l'abdomen 38°2. Douleur au point de M. B. où on peut sentir nettement une tuméfaction ferme, de la taille d'un œuf de pigeon. Radio : pas de calcification intra-abdominale.

Opération le 27 juin : sérosité dans l'abdomen, appendice mince et pâle. Dans l'iléon près de la valvule iléo-cæcale il y a une plaque de Peyer de la taille de la 2^e phalange du pouce. La paroi intestinale voisine est infiltrée avec une séreuse, bleu violacé. A quinze centimètres en amont l'intestin redevient normal dans l'angle, iléo-cæcal il y a 3 ganglions injectés, un de la taille d'une noisette, et deux aussi gros que des œufs de pigeon, entourés par un œdème

net. Dans la racine du mésentère on peut sentir des ganglions au moins du diamètre d'un haricot.

Un an plus tard le sujet se porte bien depuis l'opération. Légère douleur profonde immédiatement à droite et au-dessous de l'ombilic. Radio pas de calcification intra-abdominale.

Deux ans et deux mois après : pas de signes cliniques, pas de douleur. Radio, pas de calcification.

OBS. LXIII. — STROMBECK, 1932

M. âge 13 ans. Dg. : appendicite subaiguë avec lymphadénite mésentérique. Admis le 21 avril 1933. Sort le 7 mai.

Tombe malade le 20 avril. Le premier jour de la maladie, malaise général, fièvre, diarrhée deux fois, légères douleurs abdominales. les jours suivant, il n'y a que des douleurs abdominales. Le 22 avril, pas de douleurs abdominales. Le 25 avril on note une légère douleur dans la partie inférieure et droite de l'abdomen. Température élevée tout le temps.

Examen préopératoire 39°. Quelques douleurs dans la F. I. D. où on peut sentir profondément une tumeur de la taille d'un œuf de poule.

Opération le 24 avril, appendice libre, modérément injecté, avec une paroi plus épaisse que normalement.

Examen histologique : appendicite chronique. La tuméfaction était due à un paquet ganglionnaire, formé d'un ganglion aussi gros qu'une noix et plusieurs plus petits à la partie interne du colon ascendant près de l'abouchement de l'iléon. Des ganglions du même type presque plus petits peuvent être sentis le long du méso-colon ascendant jusqu'au foie.

Amélioration symptomatique.

Huit ans plus tard. Plus de symptôme depuis l'opération, abdomen non douloureux. Radio : pas de calcification intra-abdominale.

OBS. LXIV. — SCHNITZLER, 1933

Rapportée dans la thèse.

OBS. LXV. — DUBARD et HUBNER, 1933

Enfant de 18 mois, robuste, n'ayant jamais été malade et ayant été vacciné au B. C. G. Brusquement l'enfant est pris de douleurs abdominales. La température monte à 38. Le pouls est rapide.

A l'examen on trouve une défense nette au point de Mac BURNAY, dans un abdomen légèrement météorisé. On pose le diagnostic d'appendicite que confirme M. LECLERC appelé en consultation.

L'intervention montre un peu de liquide dans le ventre un peu de rougeur de dernier segment du grêle qui est un peu cartonné. L'appendice paraît sain ou est à peine rouge. On pense un moment à une crise d'invagination iléo-cæcale spontanément résolue mais il n'y a pas sur l'intestin de suffusion sanguine ni de lésions des mésentériques qui puissent confirmer ce diagnostic.

Par contre, on trouve, spécialement au niveau de l'angle iléo-cæcal de nombreux ganglions au stade de crudité, sans que l'on puisse porter un diagnostic étiologique de cette adénopathie.

Appendicectomie. — Fermeture sans drainage. Suites normales. Il faut noter que la veille de l'opération, l'enfant aux dires de sa nourrice aurait eu une selle noire comme du charbon. On est en droit de penser qu'il s'agit là de *melæna*.

OBS. LXVI. — GOLDBERG et NATANSON, 1934

M. K. 10 ans. Début de la maladie il y a 6 jours. La douleur a été le premier signe. Angine et toux 2 jours après le début antécédents de crises, antécédents de crises antérieures.

A l'entrée T. 37°7 ; pouls 96 ; respiration 20. Leucocytose 10.200. Angine assez marquée. Légère contracture abdominale. Sensibilité très nette au toucher rectal ; assez vive douleur.

A l'intervention : appendice macroscopiquement normal, ganglions mésentériques très tuméfiés. Pas de liquide. Culture de la gorge : streptocoque-hémolytique.

Suites post-opératoires. La fièvre tombe en deux jours, le 3^e jour amygdalite aiguë : T. 39°3.

La culture d'un ganglion mésentérique montre du streptocoque hémolytique.

OBS. LXVII. — GOLDBERG et NATANSON, 1934

A. S. 11 ans. Souffre par intermittence de l'abdomen depuis deux mois. Par moments nausées. L'enfant à une sinusite chronique et est constipé parfois. Antécédents de crises antérieures.

A l'entrée T. 37°2. Pouls 104; respiration 20, leucocytose 15.350, gorge rouge : angine légère. Pas de contracture abdominale. Sensibilité très nette. Au toucher rectal assez vive douleur à droite et à gauche.

A l'intervention appendice macroscopiquement normal. Ganglions mésentériques inflammatoires très tuméfiés. Liquide intra-péritonéal clair, en quantité modérée. Culture de la gorge, streptocoque-hémolytique. Suites post-opératoires, la fièvre tombe en quatre jours.

OBS. LXVIII. — GOLDBERG et NATANSON, 1934

J. B. 8 ans. Début de la maladie il y a 5 jours. Douleur dans la partie inférieure et droite de l'abdomen. Nausées et vomissements. Léger mal à la gorge.

A l'entrée : T. 38°3, pouls : 140, respiration 28. Leucocytose : 24.000. Angine assez marquée. Sensibilité abdominale très nette, douleur à la décompression. Le toucher rectal est assez douloureux à droite.

A l'intervention. Appendice fibreux, ganglions mésentériques inflammatoires très tuméfiés. Beaucoup de liquide intra-péritonéal. La culture de la gorge n'a pas été faite.

Suites post-opératoires. Complications septiques. Pancardite. Le liquide intrapéritonéal a été stérile à la culture.

OBS. LXIX. — GOLDBERG et NATANSON, 1934

M. M. 9 ans, souffre par intermittences de l'abdomen depuis deux mois. Nausées et vomissements. Angines fréquentes, antécédents de crises antérieures.

A l'entrée : T. 37°6. Pouls 80. Respiration 22. Leucocytose 8.800. Pas d'angine, sensibilité abdominale assez marquée. Toucher rectal négatif.

A l'intervention : appendice normal, ganglions mésentériques assez tuméfiés, culture de la gorge ; strepto-hémolytique.

Suites post-opératoires. La fièvre disparaît le lendemain.

OBS. LXX. — GOLDBERG et NATANSON, 1934

M. S. 11 ans. Début de la maladie il y a 4 jours par des douleurs. Nausées depuis deux jours. Angine il y a deux semaines. Antécédents de crises antérieures.

A l'entrée : T. 37°6. Pouls 104. Respiration 20. Leucocytose 20.000. Pas d'angine. Sensibilité abdominale assez marquée. Signe de Boas positif. Au toucher rectal : douleur légère à droite.

A l'intervention : appendice normal : ganglions mésentériques assez tuméfiés. Culture de la gorge : streptoc, hémolytique.

Suites post-opératoires : la fièvre disparaît en trois jours.

OBS. LXXI. — GOLDBERG et NATANSON, 1934

R. W. 6 ans. Début de la maladie il y a 2 jours par des douleurs abdominales. Fièvre et frissons, antécédents de crises antérieures.

A l'entrée : T. 37°7. Pouls 100. Respiration 20. Leucocytose 16.000. Angine très marquée. Adénopathie cervicale. Rigidité musculaire assez accentuée, sensibilité très nette. Douleur à la décompression. Toucher rectal très douloureux à droite.

A l'intervention : appendice normal, ganglions mésentériques inflammatoires très tuméfiés. Culture de la gorge : strepto-hémolytique.

Suites post-opératoires la fièvre tombe en 3 jours.

OBS. LXXII. — GOLDBERG et NATANSON, 1934

A. H. 5 ans. Début de la maladie il y a 5 jours par des douleurs abdominales. Fièvre et frissons. L'enfant est constipé, crises analogues il y a 5 semaines.

A l'entrée : T. 40°. Pouls 120. Respiration 20. Leucocytose 22.200. Examen de la gorge angine très marquée. Rigidité musculaire assez accentuée. Sensibilité très nette. Douleur à la décompression. Toucher rectal très douloureux à droite. Sinusite chronique.

A l'intervention : appendice normal. Ganglions mésentériques très tuméfiés, quantité modérée de liquide intra-péritonéal clair-culture de la gorge, streptoc.-hémol.

Suites post-opératoire. La température tombe à la normale le lendemain.

OBS. LXXIII. — GOLDBERG et NATANSON, 1934

A. C. 8 ans. Angines fréquentes. On ne peut savoir si l'enfant a eu des crises antérieures.

A l'entrée : T. 37°7. Pouls 104. Respiration 22. Leucocytose 14.700. Examen de la gorge négatif. Rigidité musculaire assez accentuée. Sensibilité assez marquée. Toucher rectal assez douloureux à droite.

A l'intervention : appendice normal, ganglions mésentériques assez tuméfiés. Culture de la gorge non faite.

Suites post-opératoires. La température tombe à la normale en 6 jours.

OBS. LXXIV. — GOLDBERG et NATANSON, 1934

M. S. 8 ans. Souffre de douleurs abdominales intermittentes depuis 8 mois. Nausées. Fièvre et frissons. Occasionnellement toux. Antécédents de crises antérieures.

A l'entrée : T. 37°8. Pouls 104. Respiration 24. Leucocytose 18.400. Angine légère adénop. cervicale. Rigidité musculaire légère. Sensibilité assez marquée. Toucher rectal négatif.

A l'intervention : 2 jours après l'entrée à l'hôpital : appendice normal, ganglions mésentériques assez tuméfiés. Culture de la gorge, staphylo et cocci à courtes chaînettes.

Suites post-opératoires. La température tombe à la normale en 2 jours.

OBS. LXXIV. — GOLDBERG et NATANSON, 1934

L. S. 17 ans. L'affection daterait d'un an. Douleurs abdominales depuis 2 jours. Parfois nausées depuis deux ans. Antécédents de crises antérieures. Chorée il y a 5 ans.

A l'entrée : T. 36,6. Pouls 88. Respiration 20. Leucocytose 9.800. Écoulement purulent par les orifices postérieures des fosses nasales, adénite cervicale. Contracture musculaire légère généralisée. Sensibilité légère. Toucher rectal légèrement douloureux.

A l'intervention : appendice normal, ganglions mésentériques assez tuméfiés. Culture de la gorge non faite.

Suites opératoires : bonnes.

OBS. LXXV. — GOLDBERG et NATANSON, 1934

R. W. 6 ans 1/2. L'affection daterait d'un an. Douleurs intermittentes ainsi que nausées et vomissements. Angines fréquentes. Antécédents de crises antérieures.

A l'entrée : T. 37°7. Pouls 88. Respiration 22. Leucocytose 23.200. Légère angine. Sensibilité abdominale légère. Pas de douleur au toucher rectal.

A l'intervention appendice normal, ganglions mésentériques assez tuméfiés. Culture de la gorge non faite.

Suites opératoires. La température tombe à la normale en 3 jours.

Le diagnostic préopératoire avait été fait, mais on ne pouvait éliminer sûrement l'appendicite aiguë.

OBS. LXXVI. — GOLDBERG et NATANSON, 1934

M. C. 12 ans début de la maladie il y a 2 jours, par des douleurs nausées et vomissements. Fièvre et frissons. Constipation. Enfant sujet aux angines. Pas d'antécédents de crises antérieures.

A l'entrée : T. 38°3. Pouls. 96. Respiration 20. Leucocytose 18.600. Angine assez marquée. Sensibilité abdominale assez marquée et généralisée. Le toucher rectal est douloureux à droite et à gauche.

A l'intervention : appendice normal. Ganglions mésentériques assez tuméfiés un peu de liquide intra-péritonéal. Culture de la gorge non faite.

Suites opératoires : la température tombe à la normale en 2 jours.

Le diagnostic préopératoire avait été fait, mais on ne pouvait éliminer sûrement l'appendicite aiguë.

OBX. LXXVII. — GOLDBERG et NATANSON, 1934

J. D. 13 ans. Souffre depuis 5 mois de douleurs abdominales avec constipation, antécédents de crises antérieures.

A l'entrée : T. 38°9, Pouls 112. Respiration 28. Leucocytose 10.500. Pus dans le pharynx. Rigidité musculaire légère. Douleurs assez marquées. Toucher rectal négatif.

A l'intervention : appendicite chronique. Ganglions mésentériques assez tuméfiés. Un peu de liquide intrapéritonéal. Culture de la gorge non faite. Suites opératoires. La température tombe à la normale en 3 jours.

OBS. LXXVIII. — GOLDBERG et NATANSON, 1934

R. W. 6 ans. Souffre depuis 2 jours de douleurs abdominales. Pas de crises antérieures.

A l'entrée. T. 39°4. Pouls 120. Respiration 24. Leucocytose 15.000. Très forte angine, avec grosses amygdales. Sensibilité abdominale assez marquée. Toucher rectal assez douloureux à droite.

A l'intervention. Appendice normal, ganglions mésentériques inflammatoires très tuméfiés, assez grande quantité de liquide intra-péritonéal. Culture de la gorge non faite.

Suites opératoires : la température tombe à la normale en 5 jours.

OBS. LXXIX. — — GOLDBERG et NATANSON, 1934

R. A. 4 ans. Début brusque il y a 2 jours par des douleurs. Rhume il y a une semaine. Pas de crises antérieures.

A l'entrée : T. 38°3, Pouls 108. Respiration 30. Leucocytose 24.200. Amygdales grosses et rouges, ganglions cervicaux postérieurs. Sensibilité périombilicale. Toucher rectal difficile.

A l'intervention : appendice macroscopiquement normal, ganglions mésentériques très tuméfiés. Assez grande quantité de liquide intra-péritonéal clair. Culture de la gorge : streptoc.-hémolytique.

Suites post-opératoires : la température tombe à la normale en 4 jours.

OBS. LXXX. — GOLDBERG et NATANSON, 1934

G. G. 8 ans. Douleurs abdominales depuis 9 heures. Quatre vomissements, légère angine. Diarrhée. Pas de crises antérieures.

A l'entrée : T. 38°3, Pouls 108 ; Respiration 22. Leucocytose 10.500. Légère angine. Contracture très vive de la fosse iliaque droite. Sensibilité assez marquée. Douleur à la décompression.

A l'intervention : appendice normal. Ganglions mésentériques très gros. Culture de la gorge non faite.

Suites post-opératoires : la température tombe en 3 jours.

OBS. LXXXI. — GOLDBERG et NATANSON, 1934.

J. P. 3 ans. Souffre depuis deux jours nausées et un vomissement. Frissons il y a deux jours. Crise analogue il y a 5 semaines.

A l'entrée : Température 38°3. Pouls 122. Respirations 28. Leucocytose 21.800. Très grosse angine avec pus. Sensibilité abdominale généralisée. Toucher rectal négatif.

Pas d'intervention : le diagnostic d'adénite mésentérique aiguë ayant été posé : guérison en deux jours.

OBS. LXXXII. — GOLDBERG et NATANSON, 1934

M. M., 8 ans, souffre depuis 2 jours : nausées et vomissements, mal à la gorge, diarrhée.

A l'entrée : Température 37°7. Pouls 124. Leucocytose 6.800. Angine assez marquée. Contracture légère. Sensibilité assez marquée. Toucher rectal négatif.

Pas d'intervention : le diagnostic d'adénite mésentérique ayant été posé : guérison en deux jours.

OBS. LXXXIII. — DUBOURGUET et ROQUIGNY, 1934

C..., est hospitalisée le 6 février pour appendicite. Dans ses antécédents, on trouve une coqueluche et une bronchite tenace à 16 mois, une scarlatine à 7 ans, une rougeole à 8 ans, sans autres

suites qu'une toux fréquente. Très bon état général. En novembre état grippal suivi d'otite aiguë suppurée. En même temps douleur violente au point de Mac Burney sans vomissements, mais avec une légère constipation : on traite cette petite crise appendiculaire par la simple application de glace, elle cède en huit jours. Il y a 10 jours l'enfant a quelques coliques suivies de quelques selles diarrhéiques. Dans la nuit du 1^{er} au 2 février l'enfant que sa mère a maintenu prudemment à la diète, a un vomissement à ce moment, sa température est à 38°9, elle se plaint d'un peu de constipation et d'un point douloureux dans la fosse iliaque droite. Elle arrive au Val-de-Grâce avec le diagnostic d'appendicite.

A l'examen, abdomen respirant parfaitement, il n'existe pas de douleur spontanée. A la palpation qui ne montre ni défense, ni contracture, il existe un point douloureux très net dans la fosse iliaque droite, point douloureux rendu plus évident par la manœuvre de Lapinski, le signe de Jacob est positif, il n'y a pas de Rovsing. Température 37. Rate et foie normaux, pas de signes urinaires cliniquement décelables. Aucun signe clinique de lésion cardiaque et pulmonaire.

Intervention le 6 février 1934, incision de Mac Burney, l'appendice étant sain, on attire alors l'iléon et on constate un amas de ganglions dans l'angle iléo-cæcal ; quelques ganglions cæcaux antérieurs et 1 ou 2 ganglions mésentériques. Prélèvement du plus gros ganglion dans l'angle iléo-cæcal, pas de granulations, pas de liquide. Appendicectomie. Suture. Suites normales, guérison per primam.

On fait pratiquer une réaction de Besredka qui est faiblement positive, un Vernes résorcine dont la densité optique est de 35. Un examen de sang accuse 4.390.000 globules rouges, 12.000 globules blancs. Hémoglobine 80 %. Formule 29 lymphos, 11 monos, 58 poly-neutrophiles, 2 éosinos. Temps de saignement 1'30". Temps de coagulation 8'. Radio pulmonaire : pas de trace d'adénopathie trachéo-bronchique.

Examen anatomo-pathologique, lymphadénite aiguë de nature indéterminée.

OBS. LXXXIV. — MEAD, 1935

Une petite fille de race blanche âgée de 9 ans, est admise à l'hôpital de l'Université de Minnesota, le 16 juin 1925 et en sortit le

29 juillet. L'enfant eut une bonne santé jusqu'à peu près un an avant son admission. A ce moment elle commença à se plaindre de douleurs sourdes, intermittentes, localisées à l'épigastre. L'appétit resta bon; cependant il n'y avait pas de nausées ni de vomissements, de diarrhée ou de constipation. La mère pensait que l'enfant avait parfois de la fièvre, mais on ne prit pas la température.

Deux jours avant l'admission à l'hôpital, l'enfant fut vue par un médecin pour de vives douleurs abdominales. A ce moment la température était à 38°. Le diagnostic fut celui de l'appendicite aiguë et l'enfant envoyée à l'hôpital de l'Université de Minnesota.

L'étude des antécédents montra que l'enfant se plaignait depuis trois ans, de pollakiurie intermittente et de brûlures à la miction; elle avait eu deux pneumonies et l'influenza. Les antécédents familiaux n'avaient rien de particulier.

Examen physique. — L'enfant avait bonne apparence et un embonpoint normal. Le pouls était à 100, et la température à 38°. L'examen ne montra aucune anomalie, sauf à l'abdomen où la palpation révéla de la douleur dans le cadran inférieur et droit, sans contracture musculaire. Le toucher rectal détermina plus de douleur à droite qu'à gauche. Pas de lymphadénopathie ni de masse abdominale.

Examen de laboratoire. — Dans l'urine quelques éléments épithéliaux quelques globules blancs, l'hémoglobine était à 72 % et la leucocytose à 17.250 avec 72 % de polynucléaires et 28 % de lymphocytes.

Diagnostic et traitement. — Vu les antécédents urinaires, le diagnostic de pyélite fut fermement posé. La participation appendiculaire ne pouvait cependant pas être exclue et la laparotomie exploratrice fut pratiquée. L'appendice apparut macroscopiquement normal mais une adénopathie fut notée dans tout le mésentère. L'appendice et l'un des ganglions augmenté de volume furent enlevés pour examen histologique. L'examen microscopique de l'appendice ne montra pas de lésion et l'étude des ganglions montra une simple hyperplasie lymphoïde. Le diagnostic fut celui de lymphadénite mésentérique non tuberculeuse.

Les suites post-opératoires furent normales. Revue trois ans après à la consultation externe de l'hôpital, l'enfant dit n'avoir plus eu de douleurs. L'examen radiologique de l'abdomen ne montra pas de ganglion calcifié et la réaction de Mantoux fut négative.

OBS. LXXXV. — HARTGLAS

Rapportée dans la thèse.

OBS. LXXXVI. — Obs. inédite de PRIBRAM, 1936

A. R., 20 ans, jeune fille entrée le 29-12-32.

Anamnèse. — Il y a cinq jours, la malade souffre de douleurs dans la région épigastrique et présente des frissons, des nausées et des vomissements. Le deuxième jour, les douleurs sont devenues plus vives et irradient vers la fosse iliaque droite. Réapparition des frissons et des vomissements. Les douleurs persistent jusqu'aujourd'hui. Depuis ce matin, hoquet.

Examen. — Jeune fille de taille moyenne, d'état général passable. Peau et muqueuses bien colorées. Langue humide, un peu saburrale. Les deux amygdales sont très tuméfiées et rouges, avec un exsudat purulent et nécrotique. Température 39°4. Pouls 104, mou, régulier.

Examen des organes thoraciques : négatif.

Abdomen légèrement météorisé. Douleur à la pression dans la région épigastrique, dans la région du sigmoïde et particulièrement dans la région iléo-cæcale, où on peut percevoir une contracture musculaire nette.

Les urines contiennent de l'albumine : dans le sédiment, globules blancs et rouges. Leucocytose sanguine : 25.000.

Intervention immédiate sous-anesthésie rachidienne : Il y a une certaine quantité d'exsudat séreux dans la cavité abdominale. L'appendice ne présente pas d'altérations macroscopiques. Par contre, on sent dans l'angle iléo-cæcal et dans toute la racine du mésentère des ganglions augmentés de volume, qui sont visibles et roses à travers la séreuse chargée de graisse.

Ablation d'un ganglion mésentérique pour examen bactériologique et histologique. On procède ensuite à l'appendicectomie. Fermeture de la paroi.

Suites post-opératoires simples. La malade sort quatorze jours après l'opération.

Examen histologique : appendice : rien à signaler.

Ganglion : stase lymphatique dans le hile.

La culture du ganglion donne du colibacille pur.

OBS. LXXXVII. — Obs. inédite de PRIBRAM, 1936

I. P., 19 ans, jeune fille, entrée le 13-6-33.

Anamnèse. — Angines très fréquentes. Depuis six mois, la malade ressent souvent des douleurs dans la fosse iliaque droite, qui ces jours derniers sont devenues très vives.

Examen. — Malade de taille moyenne, d'état général médiocre. Peau et muqueuses bien colorées. Langue humide, un peu saburrale. Les deux amygdales sont très augmentées de volume et anfractueuses.

Température 36°5. Pouls 80, plein, régulier.

Examen des organes thoraciques négatifs.

L'abdomen est souple, sensible à la pression, surtout dans la région appendiculaire. Le foie, les reins, la rate sont normaux.

Urines : normales.

Leucocytose sanguine : 9.000.

Les douleurs résistent à une thérapeutique non opératoire.

Intervention le 21-6-33, sous-anesthésie rachidienne : Incision oblique à la hauteur de l'épine iliaque, dissociation musculaire. Pas d'exsudat dans la cavité péritonéale. L'appendice paraît extérieurement non altéré. Dans le mésentère de l'angle iléo-cæcal, on sent de nombreux ganglions lymphatiques augmentés de volume et atteints d'inflammation récente.

Ablation d'un ganglion mésentérique pour examen bactériologique et histologique. On procède ensuite à l'appendicectomie. Fermeture de la paroi abdominale.

Le deuxième jour après l'opération, parotidite aiguë suppurée qui est incisée le 9^e jour. L'examen bactériologique met en évidence du pus à staphylocoques. La malade sort le 30-7-33.

Examen histologique : Appendice : rien à signaler. Ganglions : catarrhe du sinus. La culture du ganglion broyé donne du staphylocoque pur.

OBS. LXXXVIII. — Obs. inédite de PRIBRAM, 1936

H. G., 24 ans, jeune fille, entrée le 28-5-33.

Anamnèse. — Dans ces dernières années et surtout l'hiver dernier, fréquentes angines. Il y a un an, parotidite. Depuis quatre ans,

la malade est sujette à la constipation. Il y a huit jours, apparition brusque de douleurs intenses dans la fosse iliaque droite qui diminuent le lendemain. Hier se manifestent de nouveau de violentes douleurs. Le médecin appelé fait le diagnostic d'appendicite aiguë et conseille à la malade d'entrer à l'hôpital pour se faire opérer.

Examen. — Femme de taille moyenne, d'état général médiocre. Peau et muqueuses peu colorées. Langue humide, légèrement saburrale. Amygdales tuméfiées et cryptiques.

Température 37°. Pouls, 88, mou, régulier.

Examen des organes thoraciques : négatif.

L'abdomen est légèrement rétracté. Foie, reins, rate normaux. Douleurs plus intense à la pression avec contracture musculaire dans la région iléo-cæcale.

Leucocytose sanguine : 11.200.

Urines normales.

Intervention immédiate sous-anesthésie rachidienne : Incision oblique à la hauteur de l'épine iliaque. Dissociation musculaire. Exsudat séreux dans la cavité abdominale. L'appendice est libre d'adhérence et ne présente pas d'altérations macroscopiques. Utérus et annexes normaux. Au niveau du mésentère de la région iléo-cæcale, se trouvent de nombreux ganglions de la taille d'une fève, présentant des signes d'inflammation récente. Ablation d'un ganglion pour examen bactériologique et histologique. On procède ensuite à l'appendicectomie. Fermeture de la paroi abdominale.

Le 5^e jour après l'opération, brusque apparition d'albumine dans les urines (1 gramme) avec globules blancs et rouges dans le sédiment.

Le 12^e jour. Amygdalectomie. Une semaine plus tard les urines sont normales.

Le 24-6-33, sortie de l'hôpital en parfait état. Examen histologique : Appendice : rien à signaler. Le ganglion donne une culture pure de colibacille.

OBS. LXXXIX. — Obs. inédite de PRIBRAM, 1936

K. J., 10 ans, jeune garçon, entré le 17-8-34.

Anamnèse. — Rhumes et angines, très fréquents. Depuis quatre semaines l'enfant ressent dans la fosse iliaque droite des douleurs

d'intensité croissante. On consulte un médecin qui fait le diagnostic d'appendicite et fait transporter l'enfant à l'hôpital pour une intervention.

Examen. — Le développement de l'enfant correspond à celui de son âge. Peau et muqueuses bien colorées. Langue humide non saurrable. Amygdales rouges, très augmentées de volume. Tuméfaction des ganglions cervicaux et inguinaux.

Température 37°1. Pouls 80, mou et régulier.

Cœur : le cœur a sa surface élargie à gauche d'un travers de doigt. Souffle systolique de la pointe.

Poumons : normaux.

Abdomen souple, sensible à la pression dans la région iléo-cæcale.

Leucocytose sanguine : 8.500.

Intervention sous-anesthésie à l'éther : Incision oblique à la hauteur de l'épine iliaque. Dissociation musculaire. Pas d'exsudat dans la cavité abdominale. L'appendice est normal. Dans le mésentère iléo-cæcal se trouvent de nombreux ganglions atteints d'inflammation récente et de taille variant d'une lentille à un haricot. Ablation d'un ganglion mésentérique pour examen bactériologique et histologique. On procède ensuite à l'appendicectomie. Guérison par première intention. L'enfant quitte l'hôpital trois semaines après l'intervention.

Examen histologique : tuniques appendiculaires normales.

Dans la lumière de l'appendice, oxyures. Ganglion atteint de lymphadénite suraiguë avec forte tuméfaction de l'épithélium du sinus : catarrhe du sinus.

L'ensemencement du ganglion donne du streptocoque en culture pure.

OBS. XC. — Observation inédite de PRIBRAM, 1926

I. K., 14 ans, jeune fille, entrée le 13 juin 1933.

Anamnèse. — Angines très fréquentes, la dernière il y a quatre semaines. Il y a six mois, douleurs intermittentes dans la fosse iliaque droite. Depuis trois jours les douleurs sont devenues particulièrement intenses et se localisent au point de Mac Burney.

Examen. — Jeune fille d'un développement normal pour son âge.

Peau et muqueuses pâles. Langue humide, légèrement saburrale. Les amygdales sont augmentées de volume et cryptiques.

Température 37°2. Pouls 90, mou, régulier.

L'examen des organes thoraciques est négatif.

Abdomen : douleur intense à la pression et contracture musculaire dans la région iléo-cæcale. Foie, reins, rate normaux.

Urines normales.

Leucocytosé sanguine : 6.800.

Intervention sous-anesthésie à l'éther : Incision oblique à la hauteur de l'épine iliaque. Dissociation musculaire. Pas d'épanchement péritonéal. L'appendice ne présente pas d'altérations apparentes. Dans le mésentère de l'angle iléo-cæcal, se trouvent de nombreux ganglions lymphatiques atteints d'inflammation récente de la taille d'un haricot : on en extirpe un pour examen histologique et bactériologique. On procède ensuite à l'appendicectomie. Fermeture de la paroi abdominale.

Guérison sans incidents.

Examen histologique : Appendice normal. La culture du ganglion donne une culture pure de colibacille.

OBS. XCI. — Obs. inédite de PRIBRAM, 1936

F. St., 26 ans, jeune fille, entrée le 10 juillet 1933.

Anamnèse.—A toujours eu une bonne santé. Avant-hier après-midi, elle a ressenti, dans la région épigastrique, des douleurs qui se portent ensuite dans le côté droit, accompagnées de vertiges, de nausées et de hoquet. Hier, les douleurs ont un peu diminué. Aujourd'hui à midi, la malade recommence à vomir, d'intenses douleurs se manifestent de nouveau dans la fosse iliaque droite. Frissons et fièvre à 38°.

Examen. — Malade de taille moyenne, d'état général satisfaisant. Peau et muqueuses bien colorées. Langue humide, couverte d'un enduit blanchâtre, amygdales rouges et tuméfiées.

Température : 38°1. Pouls : 120, plein, régulier.

L'examen des organes thoraciques est négatif.

Abdomen un peu météorisé. Dans la région iléo-cæcale, la pression éveille de violentes douleurs et une contracture musculaire. Aucun autre symptôme abdominal.

Urines : grande quantité d'albumine. Bactéries dans le sédiment.
Leucocytose sanguine : 15.000.

Intervention immédiate sous-anesthésie rachidienne : Incision oblique à la hauteur de l'épine iliaque. Dissociation musculaire. On trouve un peu d'exsudat séreux dans la cavité abdominale. L'appendice a un aspect normal. Dans le mésentère de la dernière anse grêle se trouvent de nombreux ganglions lymphatiques, atteints d'inflammation récente, du volume d'un haricot : leur couleur rouge est visible à travers les feuilletts du mésentère et ils sont entourés d'une auréole rouge. Ablation d'un ganglion mésentérique pour examen bactériologique et histologique. On procède ensuite à l'appendicectomie. Fermeture de la paroi abdominale. Guérison sans incidents. Sortie de l'hôpital le 28 septembre en excellent état.

Examen histologique : lymphadénite nécrotique. La substance médullaire est nécrosée par places. Dans une zone de la médullaire, on trouve la section d'un vaisseau dont la lumière est obstruée par un amas bactérien. La paroi vasculaire semble aussi nécrosée.

OBS. XCII. — Obs. inédite de PIBRAM, 1936

H. J. B., 5 ans, jeune garçon, entré le 28 novembre 1934.

Anamnèse. — Angines très fréquentes. Il y a deux ans, douleurs dans la fosse iliaque droite qui sont étiquetées appendicites. Il y a six mois, les mêmes douleurs se manifestent, accompagnées de vomissements. Depuis huit jours, réapparaissent de violentes douleurs abdominales, des nausées, de l'anorexie.

Examen. — Enfant grand et fort. Peau et muqueuses pâles. Langue humide, non saburrale. Amygdales très rouges et tuméfiées. Température 36°7. Pouls 100, mou, régulier.

Examen des organes thoraciques négatif.

Abdomen souple, sensible à la pression dans la région appendiculaire. Pas d'autres symptômes.

Urines normales.

Leucocytose sanguine : 11.500.

Intervention sous-anesthésie à l'éther : Appendice normal. Dans le mésentère de l'angle iléo-cæcal, se trouvent de nombreux ganglions lymphatiques qui remontent jusqu'à la racine du mésentère.

Ils sont du volume d'un haricot et présentent des signes d'inflammation récente. Ablation d'un ganglion pour examen histologique et bactériologique. On procède ensuite à l'appendicectomie. Guérison sans incidents. Sortie huit jours après l'opération.

Examen histologique. L'appendice ne montre en aucun point de zones d'infiltration ou de nécrose inflammatoire, même après recherche des oxydases. Le ganglion lymphatique présente un léger état d'inflammation. Important catarrhe du sinus avec dilatation du sinus. Les centres germinatifs sont riches en mitose. On ne trouve pas de zones d'infiltration leucocytaire.

OBS. XCIII. — Obs. inédite de PRIBRAM, 1936

D. F., 20 ans, homme, entré le 28 mai 1933.

Anamnèse. — Depuis huit jours le malade ressent de fréquentes douleurs qui ne peuvent être localisées. Aujourd'hui, en faisant de la gymnastique, il éprouve une brusque et violente crise douloureuse dans la fosse iliaque droite. On l'amène à l'hôpital.

Examen. — Homme de taille moyenne, avec un bon état général. Peau et muqueuses pâles. Langue sèche, un peu saburrale. Amygdales cryptiques, un peu augmentées de volume.

Température : 36°8. Pouls à 100, plein, régulier.

Examen des organes thoraciques négatif.

Abdomen très rétracté, ventre de bois. Le malade est couché, jambes fléchies. L'abdomen présente une très vive sensibilité à la pression, prédominant dans la région iléo-cæcale.

Urines : traces d'albumine. Quelques leucocytes.

Leucocytose sanguine : 16.000.

Intervention immédiate sous-anesthésie rachidienne : Incision oblique au niveau de l'épine iliaque. Dissociation musculaire. Dans la cavité abdominale, exsudat séreux trouble. L'appendice ne présente aucune lésion apparente, non plus que les autres organes abdominaux. Par contre, on trouve dans le mésentère de la dernière anse grêle des ganglions lymphatiques du volume de haricots, présentant un aspect d'inflammation récente. Ablation d'un ganglion pour examen histologique et bactériologique. On procède ensuite à l'appendicectomie. Fermeture de la paroi abdominale.

Guérison sans incidents. Cicatrisation par première intention. Sortie de l'hôpital dix jours après l'opération.

Examen histologique : appendice normal. Ganglion : forte lymphadénite aiguë avec exsudat renfermant des leucocytes dans les sinus médullaires élargis.

OBS. XCIV. — Obs. inédite de PRIBRAM, 1936

K. Sch., 26 ans, jeune fille, entrée le 1^{er} juin 1933.

Anamnèse. — A l'âge de 4 ans, rhumatisme articulaire. Il y a un an et demi, angine et scarlatine. Il y a 14 jours, angine sévère. Depuis quatre jours, intenses douleurs dans la région iléo-cæcale. Avant-hier et hier, vomissements et aggravation des douleurs.

Examen. — Malade maigre, de taille moyenne. Peau et muqueuses pâles. Langue humide, un peu saburrale. Amygdales cryptiques, tuméfiées.

Température : 36°5. Pouls 72, mou et régulier.

Examen des organes thoraciques : négatif.

Abdomen légèrement météorisé. Foie, rate, reins normaux.

La pression provoque une forte douleur et la contracture musculaire dans la région iléo-cæcale.

Urines : traces d'albumine. Dans le sédiment, quelques globules blancs et rouges.

Leucocytose sanguine : 13.000.

Intervention immédiate sous-anesthésie à l'éther : Incision oblique à la hauteur de l'épine iliaque. Dissociation musculaire. Exsudat séreux dans la cavité péritonéale. L'appendice ne présente pas de lésions apparentes. Dans le mésocæcum et dans le mésentère de la dernière anse grêle on trouve de nombreux ganglions, de la taille de haricots et présentant des signes d'inflammation récente, ils sont entourés d'une auréole rouge. Ablation d'un ganglion mésentérique pour examen histologique et bactériologique. On procède ensuite à l'appendicectomie. Fermeture de la paroi abdominale.

Guérison sans incidents. Sortie de l'hôpital le 14^e jour après l'opération.

Examen histologique : Appendice normal. Ganglion : lymphadénite aiguë au début. Les sinus médullaires sont très développés, élargis par places et emplis d'exsudats.

CONCLUSIONS

1. Les lymphatiques de l'appendice iléo-cæcal gagnent les ganglions du méso-appendice, les ganglions iléo-cæcaux, et les ganglions mésentériques supérieurs. Certains se jettent directement dans les ganglions situés au devant de la troisième portion du duodenum.

2. L'atteinte du système lymphatique est constante au cours de toute appendicite aiguë. La réaction ganglionnaire iléo-cæcale est fréquente surtout chez l'enfant. On lui a attribué le siège des douleurs, de même qu'on rattache à l'inflammation des ganglions mésentériques les douleurs ombilicales ou épigastriques. Quand elle est congestive et discrète, elle n'a pas de valeur pronostique particulière et n'entraîne aucune complication immédiate.

3. La réaction lympho-ganglionnaire satellite de l'appendicite aiguë peut s'exagérer, l'emporter en gravité sur le foyer appendiculaire primitif et constituer des complications infectieuses sévères. On note ainsi des adénites suppurées méso-appendiculaires ou iléo-cæcales dont la rupture est facteur de péritonite généralisée. Des suppurations à distance, épigastriques, rétro-gastriques peuvent être attribuées à cette étiologie. Enfin le retentissement duodénal de l'inflammation d'un ganglion mésentérique a entraîné une sténose transitoire sous-vatérienne du duodenum, qui disparaît après appendicectomie.

4. La néoformation de vaisseaux lymphatiques, le reflux de la lymphe infectée expliquent des andnopathies para-

doxales, adénites iliaques, adénites inguinales, adénite abdominale superficielle. Dans certains cas, les psoïtes suppurées, les abcès hépatiques peuvent être attribués à une lymphangite d'origine appendiculaire.

5. Après appendicectomie, l'infection ganglionnaire résiduelle peut se manifester par un tableau grave, d'allure aiguë péritonéale ou d'allure subaiguë : certaines séquelles douloureuses de l'appendicectomie sont dues à la persistance de ganglions infectés.

6. La conclusion pratique de tous ces faits est le bien-fondé de la nécessité de l'intervention précoce, dans les vingt-quatre premières heures de la crise appendiculaire. L'expectative ne peut que laisser se développer l'infection lymphangitique, facteur de troubles immédiats et éloignés.

7. A côté des adénites aiguës appendiculaires, où la réaction ganglionnaire apparaît immédiatement comme secondaire à l'atteinte de l'appendice, on peut rencontrer des tuméfactions ganglionnaires aiguës localisées à l'angle iléo-cæcal et à la racine du mésentère et dont la cause échappe à première vue.

8. Cette adénolymphite aiguë mésentérique localisée doit être différenciée des hyperplasies ganglionnaires généralisées à tout le mésentère dont la cause est encore inconnue. Elle est dûe à l'infection du territoire d'origine des collecteurs des ganglions iléo-cæcaux ; appendicite sans lésions externes importantes, iléite terminale, typhlite. La richesse en follicules clos de tout ce segment intestinal, siège d'éléments nombreux du système réticulo-endothélial, explique la fréquence de son inflammation au cours des infections, infections amygdaliennes en particulier.

9. L'adénolymphite mésentérique aiguë se présente clini-

quement comme une appendicite légère, avec douleurs péri-ombilicales. On ne doit pas chercher à en faire le diagnostic avec l'appendicite aiguë, puisqu'elle peut être due à cette dernière.

10. L'évolution de l'adénolymphite aiguë est généralement bénigne : si le plus souvent le pronostic est celui de l'affection causale, dans certains cas l'exagération de la réaction ganglionnaire a pu former des abcès mésentériques ou entraîner une péritonite diffuse.

11. Le traitement de l'adénolymphite aiguë mésentérique, est le traitement de sa cause : iléite, typhlite ou appendicite.

Vu : Le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de Thèse,
DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMI (J. G.). — Chronic intestinal stasis. Auto intoxication and subinjection. *Brit. Med. J.*, 1 : 177-183, 1914.
- ALADAR FISCHER. — Phlegmons de la paroi intestinale. *Zentralb. für chir.*, 68 : 1243-1247, 1931.
- ALVAREZ (W. C.). — Mesenteric lymphadenitis in adults : a cause of pseudo appendicitis, indigestion, diarrhea and arthritis. *Med. Clin. N. America*, 14 : 605, 1930.
- AMELINE et LELFEBVRE. — L'Infarctus du Mésentère. Rapport au 44^e Congrès de l'Assoc. Fr. de Chirurgie, Paris, 1935.
- ANDERSEN. — Über universale mesenteriale Lymphadenitis mit appendix ähnlichem Krankheitsbild. *Zentralbl. für Chir.*, 161 : 921, 1919.
- AUGAGNEUR. — Tumeurs du Mésentère. *Thèse de Lyon*, 1886.
- AUGUY (J.). — De l'adénopathie appendiculaire, *Thèse de Lyon*, 1901.
- BAILEY (H.). — Emergency Surgery, Londres 1930, t. I, p. 36.
- BARSS (H. de). — Lymphatic disease in children simulating appendicitis. *Amer. J. Dis. Children*, 15 : 421-426, 1918.
- BASSET (A.). — Périduodénite et appendicite. *Arch. Mal. Ap. Dig.*, 15 : 893-920, 1925.
- BASSET (A.). — Abscess colibacillaire sous-cutané de la région épigastrique, d'origine vraisemblablement appendiculaire. *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 61 : 262-268, 1935.
- BELL. — Mesenteric lymphadenitis simulating an acute abdominal condition. *Surg. Gyn. Obst.*, 45 : 465, 1927.
- BÉRARD et VIGNARD. — L'appendicite. Etude critique, 1 vol., Masson, Paris, 1914.
- BERCEANU (Dan Gh.). — Contributiori la studiuil vaselor limfatice ale apendicelui. *Thèse de Bucarest*, 1923.
- BEULE (F. de). — La stase duodénale chronique. Rapport présenté à la Société Belge de Gastroentérologie in *Bruxelles Médical*, janvier 1932.
- BOLTÉ (R.). — Sur la présence de nodules ganglionnaires intercalés sur le trajet des lymphatiques des muscles du dos de l'homme. *Ann. d'Anat. Pathol. et d'An. Norm.*, 11 : 499-504, 1934.
- BONJOUR (E.). — Des adénopathies périappendiculaires dans l'appendicite. *Thèse de Paris*, 1901.

- BORCHARD (A.). — Die primäre Lymphangitis des Wurmfortsatzes. *Deutsche Med. Wochens.*, 54 : 1074-1075, 1928.
- BRAITHWATE (L. R.). — The flow of lymph from the iléo-cæcal angle and its possible bearing on the cause of duodenal and gastric ulcer. *Brit. Journ Surg.*, 11 : 7-26, 1924.
- BRANDMAN (H.). — Appendicitis and acute inflammatory abdominal conditions in Scarlet fever. *Arch. of Surg.*, 29 : 612-627, 1934.
- BRENNEMAN (J.). — The abdominal pain of throat infections. *Amer. J. Dis. Children*, 22 : 493-499, 1921.
- BRENNEMAN (J.). — The abdominal pain of throat infections in children and appendicitis. *J. Am. Med. As.*, 89 : 2183-2186, 1927.
- BRIAN. — Adénopathies mésentériques et stase intestinale. *Thèse de Paris*, 1925.
- BRODIN et TEDESCO. — Les Spasmes duodénaux dans l'appendicite chronique et les inflammations du côlon droit. *Arch. Mal. Ap. Dig.*, 24 : 883-884, 1934.
- BROWN. — Acute mesenteric adenitis simulating appendicitis. *Surg. Clin. N. Amer.*, 9 : 1195, 1929.
- BRUNING (F.). — Über Mesenteritiis, Mesenteriolitis und Mesocolitis (Lymphangitis Mesenterialis). *Archiv. Klin. Chir.*, 145 : 257-267 ; 1927.
- CALVANICO. — Le modificazioni dell' apparato linfoadenoidico locale dell' appendicite. *Policlinico-Sez. Chirurg.*, 24 : 253-275 ; 1927.
- CARNOT, BLAMOUTIER. — Les Périviscérités digestives. Paris, 1926.
- CARSON (H. W.). — Abdominal tuberculosis. *Lancet*, 212 : 180-183 ; 1927.
- CAVAILLON et CHABANON. — Les Suppurations rétro-péritonéales d'origine appendiculaire. *Prov. méd.*, 20 : 121-128 ; 16 mars 1907.
- CLADO. — Appendice cæcal. Anatomie, embryologie, anatomie comparée. *C. R. des Séances et Mém. Soc. Biol.*, 9^e série, 54 : 133-171 ; 1892.
- COHN (M.). — Der Verlauf der appendiculären Lymphgefasse. *Archiv. für Anat. und Physiol., Anat. Abt.*, 1905 : 445-462.
- CORNIOLEY. — Monographie des affections médico chirurgicales du Mésentère. 1 vol., Payot éd., Lausanne, 1927.
- CORNIOLEY (Ch.). — Contribution à l'étude des adénites aiguës du mésentère, de nature non spécifique. *Arch. Mal. Ap. Dig.*, 17 : 151-164 ; 1927.
- COURAUD. — Psôites et appendicites. *Thèse de Lyon*, 1894-1895.
- DANIS. (M.). — Trois cas de compression du duodénum. *Annales de la Société Belge de Chirurgie*, 27 : 268-272. Séance du 24 novembre 1928.
- DEL CAMPO et BARBEROUSSE. — Adénite aiguë iliaque chez l'enfant. Caractères cliniques, diagnostic différentiel et traitement. *Arch. de Pédiat. d'Uruguay*, 4 : 43-50 ; 1933.
- DESCOMPS (P.) et TURNESCO (D.). — Les vaisseaux lymphatiques du gros

- intestin et leurs ganglions. *Bull. et Mém. Soc. Nat., Chir.*, 48 : 1354-1363 ; 1922.
- DESCOMPS (P.) et TURNESCO (D.). — La circulation lymphatique du gros intestin. *Rev. Chir.*, 61 : 329-378 ; 1925.
- DUBARD (J.) et HUBNER (G.). — Adénites mésentériques généralisées à symptomatologie appendiculaire. *La Bourgogne Médicale*, 37 : 323-331 ; 1933.
- DU BOURGUET et ROQUIGNY. — A propos des fausses appendicites. Les Adénopathies mésentériques. *Bull. Mens. Soc. Méd. Mil. Franç.*, 28 : 72-75 ; 1934, Séance du jeudi 12 avril.
- DUTEIL. — Des adénites péri-appendiculaires et mésentériques en rapport avec l'appendicite. *Thèse de Bordeaux*, 1913-1914.
- DUVAL (P.), ROUX (J. Ch.), BECLÈRE (H.). — Etudes médico-radio-chirurgicales sur le duodénum. 1 vol., Masson, Paris, 1924.
- DUVAL (P.) et ROUX (J.-Ch.). — La compression passagère du duodénum par adénopathie mésentérique. *Bull. Mem. Soc. Nat. Chir.*, 60 : 1239-1243 ; 1934.
- EDELMAN (H.). — Spastisches Ileus, Appendizitis und Darmgrippe. *Zentralb. für Chir.*, 55 : 75-77 ; 1928.
- FARSSAC. — Appendicite et adénoïdite. *Thèse de Bordeaux*, 1908-1909.
- FERIZ (H.). — La mesenteriolite appendiculaire. *Beitr. f. Klin. Chir.*, 142 : 564-580 ; 1928.
- FLANDRIN. — Complications de l'appendicite chronique. *Thèse de Paris*, 1922.
- FOLLIASSON (A.) et FAYOLLAT (J.). — Un cas de lymphantite péritonéale aiguë. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, 61 : 908-913 ; 1935.
- FRANÇAIS et MOURE. — Appendicite aiguë avec abcès multiples du foie. *Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris*, 10 : 458-460 ; 1908.
- FRANK (K.). — Über die Lymphgefäße des Dickdarmes. *Archiv. für Anat. und Physiol. Anat. Abt.*, 1910 : 191-212.
- FREEDMAN (H. J.). — Forty two cases of appendicitis occurring during an epidemic of upper respiratory tract infection. *Arch. Pediat.*, 46 : 604-616 ; 1929.
- FREEMAN. — Surgical significance of mesenteric lymphadenitis. *Surg. Gyn. Obst.*, 37 : 149-151 ; 1923.
- FREEMAN (L.). — The neurotic or irritable abdomen. *Annals of Surg.*, 80 : 692-696 ; 1924.
- FREEMAN (L.). — Chronic, non specific enlargement of the mesenteric lymph. nodes as related to surgery. *Ann. Surg.*, 90 : 618 ; 1929.
- GABAS. — Contribution à l'étude des suppurations aiguës du muscle psoas et de sa gaine. *Thèse de Lyon*, 1930-1931.
- GALLI (G.). — Batteriologia del mesenteriole nelle infiammazioni croniche

- dell' appendice. *Atti e mem. Soc. Lomb. di Chir.*, 3 : 75-89 ; 1935, n° 2, séance du 18 janvier 1935.
- GÉRARD-MARCHANT. — Adénite dans l'appendicite. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, 26 : 77-81 ; 1900.
- GERSTLEY (J.-R.). — Appendicitis in Children. *Med. Clin. N. America*, 13 : 1175-1185 ; 1930.
- GIRAUD (G.). — Les Spasmes duodénaux dans l'Appendicite chronique et les Inflammations du Côlon droit. *Thèse de Paris*, 1935.
- GLANZMANN. — Das lymphämoide Drusenfilber. *Abhandlung an der Kinderheilkunde*, vol. XXV, 1930.
- GOEBEL. — Gekrose abzess durch Lymphdrusenvereiterung ohne nachweisbare Darmerkrankung. *Zentralb. für Chir.*, 60 : 2149-2150 ; 1933.
- GOLDBERG (L.) et NATANSON. — Acute mesenteric lymphadenitis clinical syndrom in children simulating appendicitis. *The Amer. J. of Surg.*, N. S. 25 : 35-40 ; 1934.
- GRAY (H. F.). — Remarks on obscure intestinal colic. *Brit. Med. J.*, 1 : 253 ; 1922.
- GUINARD (A.). — Appendicite in Affections Chirurgicales de l'Abdomen. T. XXIV du *Traité Le Dentu-Delbet*, Paris, 1910.
- GULEKE. — Die Hyperplasie der Mesenterial Lymphdrusen. *Archiv. für Klin. Chirurgie*, 133 : 517-253 ; 1924.
- HANOTEAU. — Appendicite gangréneuse avec lymphangite mésentérique et abcès du foie. *La Clinique. Organe officiel des Hôp. de Bruxelles*, 19 : 841-847 ; 1905.
- HEILMAN. — Zur Pathologie der mesenterialen Lymphknoten. *Virchow's Arch.*, 281 : 811-820 ; 1931.
- HEUSSER (H.). — Die Schwellung der mesenterialen Lymphdrüsen (Lymphadenopathia Mesaraica). *Brun's Beiträge für K. Chir.*, 130 : 85-98 ; 1924.
- HEUSSER (H.). — Zur Chirurgie der Mesenterialen Lymphdrüsen. *Schweiz. Med. Wochenschr.*, 63 : 952-954 ; 1933.
- JALAGUIER. — Appendicite. *Traité de Chirurgie Duplay et Reclus*, 2^e édition, Masson, Paris, 1898.
- JALAGUIER. — Discussion sur l'Appendicite. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 26 : 82-83 ; 1900.
- JAMIESON (J. K.) et DOBSON (J. F.). — The lymphatic system of the cæcum and the appendix. *Lancet*, 1907 : 1137-1142.
- JENNINGS MARSHALL (C.). — Simple iléo-cæcal lymphadenitis. *Brit. Med. Journ.*, 1 : 631-632 ; 1928.
- KADRŇKA et BARDET. — Les péri-duodénites d'origine appendiculaire. Diagnostic clinique et radiologique. *Arch. Mal. Ap. Dig.*, 24 : 354-391 ; 1934.

- KELLY (H.). — The vermiform appendix and its diseases. 1 vol., Saunders, Londres, 1905.
- KUMMEL. — Pseudo appendicitis und Idiopathische Peritonitis. *Ther. Gegenw.*, 64 : 121-126 ; 1923.
- LENNANDER (K. G.) et NYSTROM (G.). — Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der von Entéritis ausgehenden Peritonitis. *Zeitsch. für Klin. Med.*, 63 : 263-305 ; 1907.
- LE ROY DES BARRES (A.). — Adénite suppurée du mésentère. *Bull. de la Soc. Med. Chir. de l'Indochine*, 5 : 9-10 ; n° 1, janvier 1914.
- LETULLE (M.) et WEINBERG (M.). — Appendicites, recherches histopathologiques. *Arch. des Sc. Méd.*, 2 : 360-510 ; 1897.
- LEVIN (O.). — La mesenteriolite, sa valeur dans la symptomatologie, le diagnostic et la clinique de l'appendicite et de ses complications. Recherches histologiques et cliniques. *Brunn's Beiträge zur Klin. Chir.*, 160 : 00-00 ; 1934.
- LISBONNE (M.). — Microbes et actions microbiennes dans le tube digestif, in *Traité de Physiologie normale et Pathologique*. t. II. Alimentation et Digestion, Masson Paris, 1931.
- LOCKWOOD (C. B.). — Note upon the lymphatics of the vermiform appendix. *Proc. of the Anat. and Physiol.*, 34 : 188; 99.
- LONG. — Phlegmon du mesentère. *Rev. méd. Suisse Romande*, 1879.
- MANDL (F.). — Beitrag zur Frage der Kryptogenetischen Péritonitis. *Deutsche Ztschr. f. chir.*, 182 : 289 ; 1923.
- MASSETTI. — Inflammation aiguë du mesentère. Étude clinique. *Poli-clinico Sez pratic.*, 36 : 882 ; 1929.
- MEAD (Ch. H.). — Mesenteric lymphadenitis simulating acute appendicitis. Quantitative study of the size of normal mesenteric lymph nodes. *Arch. of Surg.*, 30 : 492-527 ; 1935.
- MESNIK. — Über lymphadenitis mesenterialis dissecans. *Deutsche Zeit. f. Chir.*, 226 : 140-146 ; 1930.
- MOST. — Die chirurgie der lymphgefäße und der Lymphdrüsen. *Neue D. chirurgie*, Enk : 24 ; 1917.
- MUSHSAM. — Zur Frage der mesenterial Drüsenschwellung und ihre Bedeutung bei der Indikationsstellung chirurgischer Bauchkrankungen. *Deuts. Med. Wochens.*, 52 : 1646-1647 ; 1926.
- NOESKE. — Lymphadenitis iléo-cæcalis bei und nach Appendicitis. *Zentralblatt für Chir.*, 51 : 2399-2402 ; 1924.
- OCKYNCZYC. — Séquelles duodénales et spléniques de l'appendice. *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, 59 : 1458-1463 ; 1933.
- OSTROWSKI. — Phlegmons de l'intestin grêle. *Zentralbl. für Chir.*, 60 : 501-509 ; 1933.
- ODARD (M.). — La Forme ambulatoire de l'appendicite aiguë. *Presse Méd.*, n° 45, 4 juin 1930, 755-757.

- POLYA-NAVRATIL. — Untersuchungen über die Lymphbahnen des Wurmfortsatzes und des Magen. *Dtsch. Zeit. Chir.*, 69 : 421-456 ; 1903.
- PRIBRAM. — Über lymphangitis mesenterialis *Aerch. f. Klin. Chir.*, 140 : 582-600 ; 1926.
- PRIBRAM. — Die Lymphangitis Mesenterialis als abdominelle Herdinfektion-substrat der peritonéalen Adhäsionen... *Arch. Klin. Chir.*, 160 : 362-368 ; 1930.
- PRIBRAM. — Das Krankheitsbild der Lymphangitis Mesenterialis und Peritonealis. *Med. Klin.*, 27 : 816-867 et 907-909 ; 1931.
- PRIBRAM. — La lymphangite péritonéale. *Presse méd.*, 40 : 1966-1969, 28 déc. 1932 ; n° 104.
- PRIBRAM (B. O.). — Nabelkolik, Lymphangitische Form der Appendizitis und Lymphangitis Mesenterialis. *Munch. Med. Woch.*, 82 : 942-944 ; 1935, n° 24, 14 juin 1935.
- PRIMA. — Zur Atiologie der Peritonitis serosa acuta, *Zentrabl. f. Chir.*, 53 : 2904-2905 ; 1926.
- QUÉNU. — De l'adénopathie mésentérique dans les appendicites aiguës. *Bull et Mém. Soc. Chir.*, 28 : 540-549 ; 1902.
- QUIVY (J.). — Étude sur quelques cas d'adénite iliaque externe dans l'appendicite aiguë. *Thèse de Paris*, 1931.
- REDWITZ (von). — Die Chirurgie der Grippe. *Erg. Chir.*, 14 : 57-221 ; 1921.
- RENDLE SHORT. — Symptoms due to mesenteric lymphadenitis. *Lancet*, 215 : 909 ; 1928.
- RICHET fils (Ch.). — Étude clinique et expérimentale des entérites. *Thèse de Paris*, 1912.
- ROBINSON. — Pathology of the lymphatics of the peritoneum. *Ann. Surg.*, 31 : 214-226 ; 1900.
- ROLLAND. — A propos de trois cas d'hémorragies consécutives à l'appendicectomie. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, 60 : 449-452 ; 1934.
- ROUVIÈRE (H.). — Anatomie des lymphatiques de l'homme. 1 vol., Masson, 1932.
- SANTE SOLIERI. — Sur la douleur épigastrique dans l'appendicite. *Mit. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 25 fasc., 2 : 240-246 ; 1912.
- SCHMIEDEN. — Über die Chirurgische Erscheinungen der Grippe. *Munch. Med. Woc.*, 66 : 229-231 ; 1919.
- SCHNITZLER (H.). — Lymphangitis und Lymphadenitis Mesenterialis. *Wiener Klin. Wochens.*, 46 : 134-137 ; 1933.
- SHATTUCKA et IMBODEN. — Obstruction duodénal intermittent chronic. *J. Am. Med. As.*, 19 mars 1932, 943-947.
- SILHOL (J.). — Diagnostic de l'appendicite chronique. 24^e Congrès de l'Assoc. dr. de Chirurgie, 1911.

- SIREDEY et TINEL. — Entérites aiguës mortelles. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 24 : 298-302 ; 1907.
- SMITH. — Lymphoid hyperplasia of the appendix in children : its relations to recurrent appendicitis. *Ann. Surg.*, 79 : 871 ; 1924.
- SPEESE-KLEIN. — Acute mesenteric lymphadenitis associated with chronic appendicitis. *Surg. Clin. N. America Philadelphia number*, 4 : 261-263 ; 1924.
- STOÏA et THEODORESCU. — La lymphangite péritonéale et la propagation des infections appendiculaires au foie par voie lymphatique. *Spitalul*, n° 7-8, juillet-août 1933, 302-305.
- STROMBECK (J.-P.). — Mesenteric lymphadenitis : A clinical study *Acta Chir-Scand.*, vol. LXX, supp. 20, 1932.
- STRUTHERS. — Mesenteric lymphadenitis simulating appendicitis. *Edinb. Med. J.*, 27 : 22-26 ; 1921.
- TALKE. — Zur Kenntniss der Lymphgefäßneubildung in pleuritischen Schwarten. *Zieglers Beiträge z. pathol. Anat.*, 31 : 106-116 ; 1902.
- TEISSIER. — L'influenza en Russie. *Ann. Hyg. publ. et Méd. Lég.*, 3^e série, 25 : 22-42 ; 1891.
- TEISSIER. — La grippe, 1 vol., Paris, 1893.
- TIXIER (L.) et VIANNAY (Ch.). — Notes sur les lymphatiques de l'appendice iléo cæcal. *Lyon Méd.*, 86 : 471-479 ; 1901.
- TROITZKY (A.). — Sur la question de la dépendance des maladies de l'appendice et de celles des annexes de l'utérus. *C. R. de l'Assoc. des Anat. Bordeaux*, 1929, 449-502.
- TYRRELL GRAY (H.). — Remarks on obscure intestinal colic. *Brit. Med. Journ.*, 1 : 253-257 ; 1922.
- VAN DER REIS. — Die Darmbakterien der Erwachsenen und ihre klinische Bedeutung. *Erg. Inn. Méd.*, 27 : 77-168 ; 1925.
- WALTER-SALLIS. — Le Foie dans l'appendicite. *Revue de Chirurgie*, 49 : 181-201 et 649-688 ; 1914.
- WALTHER. — Des troubles digestifs dans l'appendicite chronique. Rôle de l'infection et des épiptoïtes. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, XXVI : 254-258 ; 1900.
- WILE et SAPHIR. — Migratory péritonitis. *Am. J. Dis. Children*, 43 : 610-631, 1932.
- WILENSKI. — Mesenteric lymphadenitis. *Med. Rec. New-York*, 98 : 770-772 ; 1920.
- WILENSKI et HAHN. — Mesenteric lymphadenitis. *Ann. Surg.*, 83 : 812-826 ; 1926.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

LES ADÉNITES AIGUES APPENDICULAIRES

Anatomie des lymphatiques de l'appendice iléo-cæcal.....	15
La réaction lympho-ganglionnaire au cours de l'appendicite aiguë..	23
Les complications lympho-ganglionnaires.....	30
Les complications ganglionnaires anormales.....	45
Les adénopathies après appendicéctomie.....	58

DEUXIÈME PARTIE

L'ADÉNOLYMPHITE MÉSENTÉRIQUE AIGUE

Introduction	71
Étiologie	74
Étude clinique	75
Anatomie pathologique	80
Pathogénie	88
Évolution	106
Diagnostic et traitement	117
OBSERVATIONS	121
CONCLUSIONS	175
BIBLIOGRAPHIE	179

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE R. BUSSIÈRE. — 18-2-36.
